

Helsehjelp til personer uten lovlig opphold



Universitetet i Oslo
Det juridiske fakultet

Kandidatnummer: 563
Leveringsfrist: 25.11.2011

Til sammen 17 984 ord

25.11.2011

Innholdsfortegnelse

| | | |
|-----------------|---|------------------|
| <u>1</u> | <u>INNLEDNING</u> | <u>4</u> |
| 1.1 | Bakgrunn. Aktualitet. | 4 |
| 1.2 | Problemstillinger | 5 |
| 1.3 | Nærmere om begrepene «lovlig» / «ulovlig» opphold | 5 |
| 1.4 | Definisjoner | 7 |
| 1.4.1 | Helsepersonell | 7 |
| 1.4.2 | Helsehjelp | 7 |
| 1.4.3 | Pasient | 7 |
| 1.5 | Rettskildebildet | 8 |
| 1.6 | Kommunenes og statens plikter til å sørge for helsetjenester | 8 |
| <u>2</u> | <u>RETT TIL HELSEHJELP ETTER NORSK LOVGIVNING</u> | <u>10</u> |
| 2.1 | Innledning | 10 |
| 2.2 | Rett til øyeblikkelig hjelp etter pasientrettighetsloven § 2-1. | 10 |
| 2.3 | Rett til nødvendige allmennhelsetjenester etter kommunehelsetjenesteloven | 13 |
| 2.4 | Behandling etter spesialisthelsetjenesten | 14 |
| 2.5 | Rett til psykisk helsevern | 15 |
| 2.6 | Helsehjelp til barn | 16 |
| 2.7 | Helsehjelp til kvinner | 17 |
| 2.7.1 | Helsehjelp til gravide | 18 |
| 2.7.2 | Retten til å få utført et abortinngrep | 19 |
| 2.8 | Rett til behandling for kroniske sykdommer | 20 |

| | | |
|-----------------|--|------------------|
| <u>3</u> | <u>INTERNASJONALE RETTSREGLER PÅ OMRÅDET</u> | <u>22</u> |
| 3.1 | Innledning | 22 |
| 3.2 | ØSK artikkel 12 | 23 |
| 3.2.1.1 | Ikke- diskriminering | 24 |
| 3.2.1.2 | Økonomisk tilgjengelighet | 24 |
| 3.2.1.3 | Informasjonstilgjengelighet | 25 |
| 3.2.2 | Barnekonvensjonen artikkel 24 | 26 |
| 3.2.3 | Kvinnekonvensjonen artikkel 12 | 27 |
| 3.2.4 | CRPD artikkel 25 | 28 |
| 3.2.5 | Andre konvensjonsbestemmelser | 29 |
| <u>4</u> | <u>FINANSIERING OG BETALING FOR HELSEHJELPEN</u> | <u>32</u> |
| 4.1 | Utgangspunkt | 32 |
| 4.1.1 | Spesialisthelsetjenesten | 32 |
| 4.1.2 | Kommunehelsetjenesteloven | 33 |
| 4.1.3 | Tvungent psykisk helsevern | 33 |
| 4.2 | Manglende finansieringsordninger- brudd på menneskerettighetene? | 33 |
| 4.2.1 | Særlig om finansiering av fødsel | 35 |
| 4.2.1.1 | Situasjonen i USA | 36 |
| <u>5</u> | <u>ER REGLENE OM HELSEHJELP TIL PERSONER UTEN LOVLIG OPPHOLD I STRID MED FORSVARLIGHETSKRAVET I HELSEPERSONELLOVEN OG PROFESJONSORGANISASJONENES ETISKE REGLER?</u> | <u>37</u> |
| 5.1 | Innledning | 37 |
| 5.2 | Kravet til forsvarlig helsehjelp etter helsepersonelloven | 37 |
| 5.3 | Profesjonsorganisasjonenes etiske regler | 39 |
| <u>6</u> | <u>FORMÅLSBESTEMMELSEN I PASIENTRETTIGHETSLOVEN</u> | <u>41</u> |
| 6.1 | Innledning | 41 |
| 6.2 | Prinsipp om likebehandling | 42 |

| | | |
|-----------|--|-----------|
| 6.3 | Tillitsforhold mellom helsepersonell og pasient | 42 |
| 6.4 | «Pasienten først»- prinsipp | 43 |
| 7 | <u>RETTSPOLITISKE HENSYN</u> | 44 |
| 7.1 | Innvandringspolitiske hensyn | 44 |
| 7.2 | Helsepolitisk perspektiv | 45 |
| 7.3 | Samfunnsøkonomisk perspektiv | 45 |
| 8 | <u>ALTERNATIVE HELSETILBUD TIL PERSONER UTEN LOVLIG OPPHOLD</u> | 48 |
| 8.1 | Helsesenteret for papirløse migranter | 48 |
| 8.1.1 | Det helsefaglige/medisinske tilbudet | 48 |
| 8.1.2 | Pasientgruppen | 49 |
| 8.1.3 | Pasientenes helseproblemer | 49 |
| 8.1.4 | Utfordringer | 49 |
| 8.2 | Behandling «under bordet» | 50 |
| 9 | <u>ADGANG TIL Å FORBY HELSEHJELP TIL PERSONER UTEN LOVLIG OPPHOLD OG INNFØRE EN GENERELL MELDEPLIKT FOR HELSEPERSONELL?</u> | 53 |
| 9.1 | Adgang til å forby helsehjelp? | 53 |
| 9.2 | Adgang til å innføre meldeplikt for helsepersonell? | 55 |
| 10 | <u>AVSLUTTENDE BETRAKTNINGER</u> | 58 |
| | <u>LITTERATURLISTE</u> | 61 |

1 Innledning

1.1 Bakgrunn. Aktualitet.

Ingen vet eksakt hvor mange personer uten lovlig opphold som oppholder seg i Norge. SSB har estimert at det pr 1.1.2006 er omtrent 18 200 personer i Norge uten lovlig opphold. Dette utgjør 0,4 prosent av befolkningen, men det presiseres at det er stor usikkerhet rundt anslaget. Nedre og øvre grense er satt til å være henholdsvis 10 500 og 31 900¹. Gruppen av personer uten lovlig opphold vil alltid være i endring. Noen kan få innvilget lovlig opphold på grunn av endrede forhold eller nye lover, mens andre mister oppholdsgrunnlaget².

Utlendingsdirektoratet har delt personer uten lovlig opphold inn i fire kategorier: personer som har fått visum eller oppholdstillatelse på falskt grunnlag, personer som har hatt gyldig visum eller oppholdstillatelse som har utløpt, tidligere asylsøkere som har fått endelig avslag på søknaden og som ikke har forlatt landet, og personer som har kommet inn i landet uten å ha tillatelse og uten å bli registrert. Den største gruppen består av den tredje kategorien; personer som har fått avslag på asylsøknaden, men som likevel ikke returnerer til hjemlandet. Av den estimerte totalen til Statistisk Sentralbyrå anslås denne gruppen å utgjøre 12 300 personer, eller to tredjedeler av det totale antallet³.

Personene uten lovlig opphold kommer fra mange forskjellige land. Det er likevel noen nasjonaliteter som går igjen. I følge en undersøkelse gjort av Kirkens Bymisjon i Oslo, er dette spesielt allerede store etablerte minoriteter som også er land med konflikter, som for eksempel Sri Lanka, Somalia, Irak og Afghanistan. Dessuten er det personer uten en stat, som kurdere og palestinere, og personer fra fattige afrikanske eller asiatiske land, som Sudan, Eritrea, Kongo og Gambia. Ofte er også disse landene konfliktfylte.⁴ Statsborgere av et EU/EØS - land vil falle utenfor oppgavens avgrensning. Disse personene er omfattet av EØS-avtalen, og vil befinne seg i en annen situasjon enn personer som er fra land som ikke omfattes av avtalen.

¹ Zhang (2008) s. 3

² Ottesen (2008) s. 15

³ Zhang (2008) s.3

⁴ Ottesen (2008) s. 8

Helsehjelp til personer uten lovlig opphold har lenge vært et omstridt tema. Flere organisasjoner, som for eksempel Kirkens Bymisjon, Røde Kors og Legeforeningen, har engasjert seg i arbeidet med å klargjøre rettighetene til disse personene. Mangelfulle kunnskaper om helsetilstanden til denne gruppen gjør arbeidet ekstra vanskelig. Det er antatt at mange har psykiske vansker, alvorlige smittsomme sykdommer eller kroniske helseproblemer. Ofte kjenner de ikke til sine rettigheter og de kan ha vanskeligheter med å forstå det norske helsevesenet. I følge en rapport fra Helsedirektoratet lever mange av de ulovlige innvandrerne i skjul, og i frykt for å bli rapportert til myndighetene, er det få som oppsøker helsetjenesten, selv om de har behov for legehjelp⁵.

1.2 Problemstillinger

Gjennom denne oppgaven ønsker jeg å avdekke hvilke rettigheter personer uten lovlig opphold har til helsetjenester etter den norske lovgivningen. Deretter vil jeg ta for meg relevante konvensjonsbestemmelser, og prøve å besvare hvorvidt de norske reglene samsvarer med og bidrar til å overholde våre menneskerettslige forpliktelser.

For å få et helhetlig perspektiv på det hele, vil jeg se nærmere på kravet til forsvarlighet i helselovgivningen, profesjonsorganisasjonenes yrkesetiske regler, formålsbestemmelsen i pasientrettighetsloven samt rettspolitiske hensyn – er dette regler og hensyn som samsvarer med den norske lovgivningen?

Jeg vil også se nærmere på situasjonen i resten av Europa og USA. Kanskje kan erfaringer derfra bidra til å avdekke eventuelle styrker eller svakheter ved det norske systemet?

1.3 Nærmere om begrepene «lovlig» / «ulovlig» opphold

Det er utlendingsloven som angir utlendingers rettsstilling i Norge. Etter lovens § 2 gjelder loven «utlendingers adgang til riket og deres opphold her». Begrepet «utlending» er negativt avgrenset i § 5 til å være «enhver som ikke er norsk statsborger».

Begrepet «lovlig opphold» er ikke definert i utlendingsloven. Begrepet brukes i ulike rettslige sammenhenger, og ikke bare i utlendingsloven. Hvorvidt en person har lovlig opphold eller

⁵ Helsedirektoratet (2009) s. 57.

ikke, må avgjøres på bakgrunn av bestemmelsene i utlendingsloven. Det er imidlertid ikke et krav om en formell tillatelse, også personer som for eksempel oppholder seg her i påvente av søknadsbehandling eller som er på et lovlig besøksopphold har lovlig opphold⁶.

Utlendingsloven § 4 likestiller utlendinger med lovlig opphold i riket med norske statsborgere ved at de gis samme rettigheter og plikter. Unntak gjelder der det finnes en uttrykkelig hjemmel for dette. Det eksisterer i dag en rekke forskjellige regler som gir utlendinger og norske statsborgere ulike rettigheter og plikter. I praksis vil utlendingens rettsstilling avgjøres av reglene som gjelder på det enkelte rettsområdet.

Bestemmelsen i utlendingsloven § 4 er en videreføring av § 3 i utlendingsloven fra 1988 og sier ingenting om rettsstillingen til personer *uten* lovlig opphold. Av forarbeidene til utlendingsloven fra 1988 fremgår det at deres rettsstilling i utgangspunktet bestemmes ut i fra en tolkning av hver enkelt lov, så fremt det ikke fremgår direkte av loven. I motsetning til personer med lovlig opphold kan man ikke presumere en likestilling med norske statsborgere, men dersom nærmere bestemte grunner tilsier dette, kan også personer uten lovlig opphold ha en slik rett⁷.

⁶Rundskriv nr.: A-46/2009

⁷Ot. prp. nr 13 (1994-1995) s. 11

1.4 Definisjoner

1.4.1 Helsepersonell

«Helsepersonell» defineres i helsepersonelloven § 3. Bestemmelsen angir hvem som regnes som helsepersonell, og i forhold til tidligere lovgivning, utvides antallet grupper som er autorisert. Dessuten er ikke autorisasjon lenger en nødvendig forutsetning for å være omfattet av begrepet⁸.

1.4.2 Helsehjelp

Begrepet «helsehjelp» defineres i pasientrettighetsloven § 1-3 bokstav c. I følge denne bestemmelsen er helsehjelp «handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål og som er utført av helsepersonell».

Definisjonen av helsehjelp i pasientrettighetsloven er svært vid, og gjelder all helsehjelp som ytes av helsepersonell. Den gjelder både i og utenfor helsetjenesten. Utenfor faller imidlertid handlinger eller ytelser fra helsepersonell eller helsetjenesten som utelukkende har til formål å inngå i forskning eller rent utprøvende behandling. Også sosiale tjenester faller utenfor definisjonen, med mindre de utføres av helsepersonell og omfattes av helsehjelpbegrepet.⁹

I helsepersonelloven § 3 tredje ledd er begrepet helsehjelp definert slik at det omfatter «enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende eller rehabiliterende formål». Bestemmelsen inneholder langt på vei de samme fem gjøremålene som pasientrettighetsloven, men «pleie- og omsorgsformål» er utelatt. Asbjørn Kjønstad hevder imidlertid at denne forskjellen i de to lovene må bero på en inkurie, og er kommet til at «pleie og omsorg» faller inn under begrepet helsehjelp i begge lovene¹⁰.

1.4.3 Pasient

«Pasient» er definert i pasientrettighetsloven § 1-3 bokstav a: «en person som henvender seg til helsetjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helsetjenesten gir eller tilbyr

⁸ Befring (2009) s. 51

⁹ Syse (2007) [a] s. 133

¹⁰ Kjønstad (2007) s. 222

helsehjelp i det enkelte tilfelle». Definisjonen er svært vid, og begrepet er kun av teknisk karakter. Det tas ikke stilling til hvor syk den enkelte måtte være, også «friske» personer kan være pasienter etter denne definisjonen¹¹.

1.5 Rettskildebildet

Pasientrettighetsloven, spesialisthelsetjenesteloven, kommunehelsetjenesteloven, helsepersonelloven og kommunehelsetjenesteloven er de sentrale lovene på helserettens område. Forarbeidene til disse lovene vil også være relevante. Her kan man finne veiledning om hvordan lovene skal forstås.

Sentralt er også de internasjonale menneskerettighetene. Menneskerettighetene har styrket sin posisjon etter vedtakelsen av Grunnloven § 110c og menneskerettsloven. Etter menneskerettsloven gjelder fem sentrale konvensjoner som norsk rett, og ved motstrid mellom bestemmelser i disse konvensjonene og bestemmelser i norsk lovgivning, skal konvensjonsbestemmelsene gå foran, jf menneskerettsloven § 3. Ved fastlegging av konvensjonenes innhold vil avgjørelser fra EMD som regel være den viktigste kilden.

Det foreligger lite rettspraksis av betydning for oppgaven. Dette har kanskje sammenheng med at personer uten lovlig opphold generelt er en ressurs svak gruppe. I tillegg vil jeg tro at frykten for å bli angitt til myndighetene er en viktig årsak til at disse personene ikke benytter seg av rettssystemet til å få fastlagt sine rettigheter. Dessuten får mange av personene helsehjelp i det skjulte, hvilket innebærer at helsehjelpen ikke er dokumentert, og pasienten vil i praksis stå uten rettigheter.

Jeg vil også ta i bruk andre alminnelige rettskilder: forskrifter, uttalelser fra helsemyndighetene, reelle hensyn, juridisk litteratur og den alminnelige rettsbevissthet. Nærmere om disse rettskildene i Syse (2007) s. 61-67.

1.6 Kommunenes og statens plikter til å sørge for helsetjenester

Det er først og fremst rettighetene etter det offentlige helsevesenet som vil bli behandlet i oppgaven. Jeg vil også se nærmere på Kirkens Bymisjon Oslo og Norges Røde Kors/Oslo Røde Kors sitt tilbud, som ikke er en del av det offentlige. Helsesenteret baserer seg i stor

¹¹ Ot. prp. nr. 12 (1998-1999) s. 126

grad på frivillig arbeid og private avtaler, og er finansiert gjennom midler fra Kirkens Bymisjon Oslo og Norges Røde Kors. Helsesenteret vil bli nærmere behandlet under punkt 8.1.

Det offentlige helsevesenet kan deles i to hovedområder: allmennhelsetjenesten, som kommunen har hovedansvaret for, og sykehusene og den øvrige spesialisthelsetjenesten som staten har hovedansvaret for. Allmennhelsetjenesten kalles også for primærhelsetjenesten og reguleres av kommunehelsetjenesteloven. Spesialisthelsetjenesten reguleres av spesialisthelsetjenesteloven og regnes for å være sekundærhelsetjenesten.¹²

Kommunens helsetjeneste omfattes av de oppgavene som nevnes i kommunehelsetjenesteloven § 1-3, mens statens plikter angis i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1.

¹² Kjønstad (2007) s. 143

2 Rett til helsehjelp etter norsk lovgivning

2.1 Innledning

Jeg vil nå se nærmere på retten til helsehjelp etter norsk lovgivning. Hovedfokus vil være på den sentrale bestemmelsen i pasientrettighetsloven § 2-1, men kommunehelsetjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven vil også bli behandlet. Deretter vil jeg ta for meg rettighetene for pasientgrupper jeg mener trenger en nærmere omtale. Retten til smittevern vil ikke bli behandlet. Jeg nevner likevel kort at lov om vern mot smittsomme sykdommer gjelder for alle, og personer uten lovlig opphold vil dermed i utgangspunktet ha krav på nødvendig smittevernhjelp etter lovens § 6-1.

2.2 Rett til øyeblikkelig hjelp etter pasientrettighetsloven § 2-1.

Retten til øyeblikkelig hjelp er hjemlet i pasientrettighetsloven § 2-1, og regnes for å være blant de mest grunnleggende pasientrettighetene. Pasientrettighetsloven gjelder i utgangspunktet for alle som oppholder seg i riket, jf § 1-2. Det stilles ikke noe krav om hverken statsborgerskap eller oppholdstillatelse så lenge man rent faktisk befinner seg på norsk territorium.

Videre i § 1-2 annet punktum påpekes det at kongen i forskrift kan gjøre «unntak fra lovens kapittel 2 for personer som ikke er norske statsborgere eller ikke har fast opphold i riket». Av forarbeidene til loven fremgår det imidlertid at det ikke er adgang til å fastsette forskrifter som unntar retten til øyeblikkelig hjelp for personer uten lovlig opphold¹³. Også forskriftet gitt i medhold av loven, prioriteringsforskriften¹⁴, bekrefter det faktum at alle personer som oppholder seg i riket har rett til helsehjelp etter pasientrettighetsloven § 2-1 første ledd første punktum, jf. prioriteringsforskriften § 1 tredje ledd.

Det nærmere innholdet i begrepet «øyeblikkelig hjelp» er gitt i spesialisthelsetjenesteloven § 3-1 og helsepersonelloven § 7. Bestemmelsene er like på nesten alle punkter.

Hovedforskjellen ligger i at helsepersonelloven angir en personlig plikt for den enkelte

¹³ Ot prp nr. 12 (1998-1999) s. 125

¹⁴ Forskrift 1. desember 2000 nr. 1208 om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og klagenemnd.

helsearbeider, mens plikten etter spesialisthelsetjenesteloven påhviler institusjonen som sådan. At hjelpeplikten etter helsepersonelloven er personlig, innebærer at helsearbeideren ikke kan be pasienten om å få tak i en annen helsearbeider, med mindre helsearbeideren vet at annet kvalifisert helsepersonell vil påta seg ansvaret i tide, jf § 7 tredje ledd. En tilsvarende bestemmelse finnes i spesialisthelsetjenesteloven § 3-1 tredje ledd.

Øyeblikkelig hjelp – plikten etter helsepersonelloven er pålagt alle typer helsepersonell som er angitt i § 48, mens plikten etter spesialisthelsetjenesteloven § 3-1 kun gjelder for institusjoner som hører inn under spesialisthelsetjenesten.

Hovedvilkåret for retten til helsehjelp etter pasientrettighetsloven § 2-1 er at hjelpen er «påtrengende nødvendig». Vilkåret innebærer et visst skjønn. Av forarbeidene til helsepersonelloven fremgår det at det i vurderingen skal legges vekt på om det «er fare for liv eller fare for alvorlig forverring av en helsetilstand¹⁵». Videre uttrykkes det at plikten gjelder i situasjoner der det oppstår et akutt behov for undersøkelse og behandling. En alvorlig smertetilstand kan også omfattes av plikten til å gi øyeblikkelig hjelp. Helsepersonellet er da pliktet til å avhjelpe situasjonen ved å gi smertelindring, men det innebærer ikke en rett til permanent smertelindring. Plikten til å avhjelpe gjelder også der pasienten er i en slik psykisk tilstand at han eller hun er en fare for seg selv eller andre¹⁶.

Etter lovens ordlyd og forarbeider virker definisjonen av «øyeblikkelig hjelp» meget snever. I forarbeidene til helsepersonelloven konstateres det at bestemmelsen er ment til å fange opp situasjoner som krever «livreddende innsats og innsats for å avverge alvorlig helseskade for å hjelpe pasienten ut av en akutt situasjon»¹⁷. I praksis arbeides det i dag med et mer utvidet begrep enn det lovtekst og forarbeider tilsier. Helsepersonell er bundet av et krav om forsvarlig behandling. Kravet følger både av helselovgivningen og av profesjonsorganisasjonenes yrkesetiske regler (se punkt 5), og vil nok bidra til at begrepet «øyeblikkelig hjelp» ikke tolkes så restriktivt i virkeligheten. I et grenseområde ligger retten til behandling for kroniske sykdommer, som for eksempel epilepsi eller diabetes (se punkt 2.8). En lege kan ikke nekte en pasient behandling dersom helsehjelp er vesentlig for pasientens helsetilstand. Dette gjelder for eksempel der pasienten er epileptiker og har behov

¹⁵ Ot.prp. nr. 13 (1998-1999) s. 219

¹⁶ Befring (2002) s. 137

¹⁷ Ot. prp. nr 13 (1998-1999) s. 219

for resept på medisiner for dette. Kun i situasjoner hvor det er på det rene at hjelpen kan vente uten at det går ut over pasientens helsetilstand, vil legen kunne avvise pasienten. En utvidelse av øyeblikkelig hjelp - begrepet vil også samsvare med menneskerettighetenes krav til «den høyest oppnåelige helsestandard» (se punkt 3).

Det er helsearbeideren som skal vurdere hvorvidt hjelpen er påtrengende nødvendig. Ved tvil skal helsepersonellet foreta nødvendige undersøkelser, jf helsepersonelloven § 7 annet ledd.

Dette innebærer at undersøkelsesplikten her går lenger enn selve hjelpeplikten.

Undersøkelsesplikten må ses i sammenheng med kravet til forsvarlighet, som blant annet innebærer en plikt til å holde seg oppdatert, og at det innhentes hjelp fra andre der det er nødvendig. Det er kun de undersøkelser som anses nødvendige for å avdekke om det foreligger en øyeblikkelig hjelp - situasjon som skal foretas. Dessuten begrenses undersøkelsesplikten til å gjelde de undersøkelser som helsearbeideren anses å være kvalifisert til å utføre, og at den enkelte er i stand til utføre undersøkelsen under de gjeldende omstendighetene¹⁸. Også institusjonene har en undersøkelsesplikt som går lenger enn behandlingsplikten, jf spesialisthelsetjenesteloven § 1- 3 første ledd andre punktum.

Verken helsepersonelloven eller spesialisthelsetjenesteloven angir noen tidsfrist for når øyeblikkelig helsehjelp skal gis, men i lovtekstene står det at helsehjelpen skal ytes «straks». Tidsfristen vil blant annet være avhengig av pasientens tilstand, samt helsearbeiderens øvrige oppgaver. Rettskravet etter helsepersonelloven § 7 er dermed relativt.¹⁹

Helsepersonellet skal gi «den helsehjelp de evner», jf helsepersonelloven § 7 første ledd.

Dette innebærer at hjelpeplikten i praksis vil ha et objektivt ulikt innhold for de enkelte gruppene og enkeltpersonene av helsepersonell. Ved vurderingen av hva som kreves kan det legges til grunn helt subjektive forutsetninger hos den enkelte helsearbeideren²⁰. Arbeidet som utføres må dessuten være «faglig forsvarlig», jf. helsepersonelloven § 4, som påfører den enkelte helsearbeider en plikt til forsvarlig yrkesutøvelse. Denne plikten må ses i sammenheng med den plikt helsetjenesten som sådan har til forsvarlig virksomhet etter spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.

¹⁸ Ot. prp. nr. 13 (1998-1999) s. 220

¹⁹ Kjønsstad (2007) s. 154

²⁰ Moelven (2006) s. 109

2.3 Rett til nødvendige allmennhelsetjenester etter kommunehelsetjenesteloven

Etter pasientrettighetsloven § 2- 1 første ledd annet punktum har pasienten rett til nødvendig helsehjelp fra kommunen. Denne rettigheten er nedfelt i kommunehelsetjenesteloven § 2-1, som angir det nærmere innholdet i retten til nødvendig helsehjelp.

Det er kommunen som sådan, og ikke den enkelte helsearbeider som er forpliktet etter kommunehelsetjenesteloven § 2-1. Imidlertid vil helsearbeidernes plikter normalt bero på en tjenesteavtale med kommunen, og de vil i stor grad opptre på kommunens vegne når de får forespørsel om å gi helsehjelp.

Utgangspunktet er at retten til nødvendig helsehjelp gjelder for «enhver» som «bor eller midlertidig oppholder seg» i kommunen, jf. kommunehelsetjenesteloven § 2-1. Det følger av lovens forarbeider at det er uten betydning om personen er bosatt i kommunen, eller om vedkommende oppholder seg der i forbindelse med ferie, studier, arbeid, gjennomreise eller lignende²¹. Personer uten lovlig opphold kan ikke sies å være «bosatt», så spørsmålet blir om «midlertidig oppholder seg» danner et selvstendig grunnlag for rett til helsehjelp. Regner man dette for å være et selvstendig grunnlag, vil personer uten lovlig opphold ha rett til helsehjelp etter denne bestemmelsen, forutsatt at man ikke innfortolker et krav om lovlig opphold.

Som nevnt ovenfor i punkt 3.2 gjelder pasientrettighetsloven i utgangspunktet for alle som oppholder seg i riket, jf. pasientrettighetsloven § 1-2 første ledd første punktum.

Imidlertid er det gjort unntak fra virkeområdet til pasientrettighetsloven kapittel 2 i prioriteringsforskriften § 1. Det følger av første ledd at pasientrettighetsloven kapittel 2 fullt ut bare gjelder for «personer som har lovlig opphold i riket og som enten har fast opphold i riket», «er medlem av folketrygden med rett til stønad ved helsetjenester» eller «har rett til helsehjelp i henhold til gjensidighetsavtale med annen stat». Personer som oppholder seg her midlertidig, og som verken er folketrygdet eller har rettigheter i henhold til gjensidighetsavtale med annet land, vil dermed ikke ha krav på alle rettighetene som er sikret i pasientrettighetsloven kapittel 2.

Det vil nå redegjøres nærmere for hvilke begrensninger som ligger i den nødvendige helsehjelpen fra kommunehelsetjenesten for personer uten lovlig opphold.

²¹ Innst. O nr. 7 (1982-1983) s. 11

Prioriteringsforskriften § 1 fjerde ledd angir nærmere hva slags helsehjelp personer uten lovlig opphold har krav på utover øyeblikkelig hjelp. Etter bokstav a har personer uten lovlig opphold en rett til «helsehjelp som er helt nødvendig og ikke kan vente uten fare for nært forestående død, varig sterkt nedsatt funksjonstilstand, alvorlig skade eller sterke smerter». Denne retten omfatter både helsehjelp fra kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

I høringsnotatet til endringene i prioriteringsforskriften som gikk ut fra Helse- og omsorgsdepartementet i 2010 er det lagt til grunn at retten hovedsakelig er ment å omfatte tilstander som i løpet av kort tid vil eskalere til øyeblikkelig hjelp- situasjoner dersom ikke personen får hurtig hjelp²². Personer uten lovlig opphold forutsettes å forlate landet innen kort tid, så det er anslått av departementet at to til tre uker er en rimelig avgrensning av hva som «ikke kan vente». Utgangspunktet er at personen skal benytte seg av helsetilbudet i sitt hjemland, og utreisedatoen vil være relevant i vurderingen. Dersom personen snart skal forlate landet, må det vurderes om helsehjelpen kan utsettes til han eller hun ankommer mottakslandet²³.

Retten til nødvendig helsehjelp fra kommunehelsetjenesten, ligger tett opp til øyeblikkelig-hjelp tilfellene ved at det kreves at helsetilstanden i løpet av kort tid (innen to- tre uker) eskalerer til en øyeblikkelig- hjelp situasjon. Tidsaspektet vil være av avgjørende betydning, noe som innebærer at personer uten lovlig opphold ikke kan settes på venteliste. At pasienten settes på en slik liste tilsier at han eller hun ikke er vurdert som en hastesak²⁴.

2.4 Behandling etter spesialisthelsetjenesten

Etter pasientrettighetsloven § 2- 1 andre ledd har en pasient «rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten». Det er staten som har det «overordnede ansvar for at befolkningen gis nødvendig spesialisthelsetjeneste», jf spesialisthelsetjenesteloven § 2-1. Landets fire regionale helseforetak plikter å «sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste». Hva som ligger i «spesialisthelsetjenesten» er nærmere angitt i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a.

²² Helse- og omsorgsdepartementet (2010) s. 11

²³ Helse- og omsorgsdepartementet (2010) s.10

²⁴ Helse- og omsorgsdepartementet (2010) s.11

Spesialisthelsetjenesteloven inneholder ingen bestemmelse som gir personer rett til spesialisthelsetjenester. Spørsmålet om en person har krav på nødvendig helsehjelp, må avgjøres på bakgrunn av pasientrettighetsloven § 2-1 annet ledd. Rettighetene etter pasientrettighetsloven kapittel 2 gjelder imidlertid ikke fullt ut for alle som oppholder seg i riket, jf prioriteringsforskriften § 1. På lik linje med retten til nødvendig helsehjelp fra kommunehelsetjenesten, vil personer uten lovlig opphold kun ha krav på helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten der helsehjelpen er «helt nødvendig» og «ikke kan vente». Det nærmere innholdet i denne retten er presisert ovenfor i punkt 2.3.

2.5 Rett til psykisk helsevern

For at personer uten lovlig opphold skal ha rett til psykisk helsevern kreves det at vedkommende er «psykisk ustabil og utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse», jf prioriteringsforskriften § 1 fjerde ledd bokstav a i. f. Ved vurderingen av om en person omfattes av bestemmelsen, skal de samme kriteriene som psykisk helsevernloven § 3-3 nr. 3 bokstav b («fare- kriteriet»), legges til grunn så langt det passer²⁵. Dette innebærer at det må foreligge konkrete holdepunkter for at personen utgjør en fare, og det må være en fare utover det bagatellmessige.

I en rapport utgitt av Kirken Nødhjelp i 2008 beskrives nærmere den psykiske helsen til personer uten lovlig opphold; «Helse- og sosialarbeidere og forskere melder om alvorlige psykiske lidelser og problemer blant papirløse, også om mennesker i psykoser og med selvmordstanker. Ansatte ved tiltak for papirløse rundt i Europa snakket om at spesielt mange opplever depresjon, handlingslammelse og ekstremt stress og at psykosomatiske plager er utbredt»²⁶. Det vises også til en rapport fra «Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress», hvor det fremkommer at nyankomne asylsøkere har en overhyppighet av psykiske lidelser og sykелighet.²⁷ «Helsesenteret for papirløse migranter» (omtalt under punkt 8) melder også om pasienter med alvorlige psykiske lidelser. Omtrent en fjerdedel av konsultasjonene gjaldt psykisk helse, men mange av de somatiske lidelsene – som for eksempel vondt i magen eller i hodet- antar senteret er knyttet til bakenforliggende psykiske problemer eller lidelser²⁸.

²⁵ Helse- og omsorgsdepartementet (2010) s. 15

²⁶ Ottesen (2008) s. 11

²⁷ Ottesen (2008) s. 11

²⁸ Årsmelding 2010 «Helsesenteret for papirløse migranter» s. 10

At psykisk helsehjelp kun tilbys der «farekriteriet» er oppfylt, innebærer at majoriteten av personer uten lovlig opphold ikke vil kunne tilbys psykisk helsehjelp. For eksempel vil suicidalitet som oftest komme etter et lengre forløp med psykiske lidelser. Det er derfor viktig at de psykiske lidelsene fanges opp i et tidlig forløp, slik at ulykken kan forebygges. Personer uten lovlig har i dag ikke krav på slik forebyggende helsehjelp, og kan dermed ikke få en forsvarlig behandling av lidelsen sin.

Retten til psykisk helsevern er også understreket i artikkel 25 i Konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD). Den vil bli behandlet i punkt 3.1.7.

2.6 Helsehjelp til barn

I henhold til Barnekonvensjonen art. 24 er Norge forpliktet til å gi barn «den høyest oppnåelige helsestandard og til behandlingstilbud for sykdom og rehabilitering». Det nærmere innholdet i denne reglen vil bli behandlet i punkt 3.1.3. Jeg nevner kort at rettighetene etter konvensjonen gjelder for alle barn, hvilket innebærer at alle barn som oppholder seg i Norge har lik rett til helsehjelp og behandling.

Barnevernloven gjelder for alle som oppholder seg i riket, jf barnevernloven § 1-2. Det er det faktiske oppholdet som er avgjørende, og ikke det rettslige grunnlaget for oppholdet.²⁹

Barnevernlovens forhold til utlendingsloven er nærmere kommentert i forarbeidene til barnevernloven. Her presiseres det at «det er utlendingslovgivningen og de myndigheter som administrerer denne som avgjør om barnet skal ha opphold i landet»³⁰. Dette innebærer at vedtak truffet av barnevernmyndighetene må vike dersom det er truffet et vedtak om at foreldrene skal utvises og dette også omfatter barna³¹.

Etter barnevernloven § 3-2 skal barnevernet samarbeide med andre deler av forvaltningen. De har ansvar for å finne tiltak som kan forebygge omsorgssvikt og atferdsproblemer, jf § 3-1. Dessuten skal barnevernet medvirke til at barns interesser ivaretas også av andre offentlige organer, jf § 3-2 første ledd. Dette kan innebære en plikt til å samarbeide med helsetjenesten for å påse at barnet får den helsehjelp som er nødvendig.

²⁹ Hove (2008) note 5

³⁰ Ot. prp. nr 44 (1991-1992) s. 18

³¹ Ot.prp. nr. 44 (1991-1992) s.18

Kommunehelsetjenesteloven § 2-2 gir barn en utvidet rett til helsekontroll i den kommunen barnet bor eller midlertidig oppholder seg. Denne bestemmelsen kommer i tillegg til retten barnet har til nødvendig helsehjelp etter § 2-1, og må ses i sammenheng med § 1-3 første ledd om kommunenes ansvar for helsestasjonsvirksomhet.³²

Helsehjelp til barn er særlig behandlet i prioriteringsforskriften § 1 annet ledd. Her fastslås det at pasientrettighetsloven § 2-1 første ledd og andre ledd første og andre punktum og §§ 2-3 til 2-5 gjelder for personer under 18 år. Dette innebærer at barn som oppholder seg ulovlig her i landet etter dette har rett til nødvendig helsehjelp både fra kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, jf pasientrettighetsloven § 2-1 første og annet ledd. Dette gjelder imidlertid kun så langt «hensynet til barnet tilsier at helsehjelpen ikke skal ytes». Dessuten understrekes det i høringsnotatet at barn ikke har rett til fastlege³³.

I høringsnotatet er det nærmere beskrevet hva som ligger i begrensningen «hensynet til barnet tilsier at helsehjelpen ikke skal ytes». Her uttales det at det må «ses hen til at barnet er ulovlig i landet og således forutsettes å forlate det i løpet av kort tid».³⁴ Dette innebærer at behandlinger som uten særlig konsekvenser kan utsettes, vil falle utenfor retten til helsehjelp. Imidlertid påpekes det at det skal legges til grunn «en vesentlig lavere terskel for å yte helsehjelp enn for voksne».³⁵

Begrensningen i barns rett til helsehjelp etter prioriteringsforskriften kan innebære en diskriminering i henhold til Barnekonvensjonen artikkel 24, se punkt 3.2.2.

2.7 Helsehjelp til kvinner

Kvinner krever spesifikke helsetjenester, spesielt i forbindelse med svangerskap og fødsel. Dessuten representerer ofre for menneskehandel en særlig sårbar gruppe. Et nytt anti-traficking direktiv³⁶ er opprettet som et støttetiltak for denne gruppen. Etter direktivets artikkel 11, er de 63 medlemsstatene pålagt å gi «necessary medical treatment including

³² Olsen (2008) note 60

³³ Helse- og omsorgsdepartementet (2010) s. 13

³⁴ Helse- og omsorgsdepartementet (2010) s. 13

³⁵ Helse- og omsorgsdepartementet (2010) s. 13

³⁶ Directive 2011/36/EU

psychological assistance, counselling and information, and translation and interpretation services where appropriate». Det skal også garanteres støttetiltak for ofre som er villige til å samarbeide i en kriminell etterforskning. De nærmere spørsmålene knyttet til menneskehandel vil ikke bli behandlet i oppgaven.

2.7.1 Helsehjelp til gravide

Rett til helsehjelp under selve fødselen følger av retten til øyeblikkelig hjelp. Videre følger det av Barnekonvensjonen artikkel 24 at helseomsorg for mødre både før og etter fødsel bør sikres. I EMK artikkel 25 heter det at alle har krav på medisinsk hjelp og nødvendige sosiale tjenester. Av annet ledd fremgår det at mødre og barn har rett til spesiell omsorg og assistanse. Også ØSK artikkel 12 kan brukes som en hjemmel for å anerkjenne en slik rett. Her slås det fast at konvensjonspartene «anerkjenner retten for enhver til den høyest oppnåelige helsestandard psykisk og fysisk». I samme konvensjon artikkel 10 annet ledd heter det at «særskilt vern bør ytes mødre i en rimelig tid før og etter fødsel». Sentral er også Kvinnekonvensjonen artikkel 12, hvor de menneskerettslige kravene utdypes nærmere. Kvinnekonvensjonen vil bli behandlet under punkt 3.2.3.

Konvensjonsbestemmelsene tilsier at kvinner skal ha rett til nødvendig helsehjelp både under svangerskapet og i barseltiden. Dette er også lagt til grunn i den norske lovgivningen som gir alle personer som oppholder seg i riket rett til «nødvendig helsehjelp før og etter fødsel», jf prioriteringsforskriften § 1 fjerde ledd bokstav c. I høringsnotatet til forskriften utdypes det hva som ligger i «nødvendig helsehjelp». Det understrekes at alle kvinner som oppholder seg i Norge skal ha rett til kontroller i tråd med anbefalingene til Helsedirektoratet. For friske kvinner med normale svangerskap innebærer dette åtte til ni kontroller. Helsehjelpen omfatter også de kvalitative anbefalingene, som for eksempel innhenting av opplysninger fra kvinnen, ultralyd og andre medisinske prøver og undersøkelser. Gjennomføringen av kontrollene skal skje på samme måte som for andre kvinner, primært hos allmennlege eller jordmor. Det er kommunens ansvar å påse at helsehjelpen er tilgjengelig for kvinnen³⁷.

Selv om alle kvinner har rett til helsehjelp før og etter fødsel, eksisterer det hindringer som vanskeliggjør tilgjengeligheten. «Helsesenteret for papirløse migranter» (se punkt 8), opplyser at det er «alarmerende lite kunnskap» om at gravide kvinner uten lovlig opphold har fulle helserettigheter. De har erfart at kvinner har blitt avvist på helsestasjoner når de har oppsøkt

³⁷ Helse- og omsorgsdepartementet (2010) s. 14

dem for å få oppfølging under graviditet. Senteret har også fått henvendelser fra helsestasjoner som spør om rettighetene til disse kvinnene. Utfordringene knyttet til tilgjengeligheten av informasjon vil bli nærmere behandlet under punkt 3.2.1.3. Også frykten for å bli angitt eller pågrepet av myndighetene kan gjøre at kvinner går gjennom svangerskapet uten noen oppfølging av helsevesenet. Dette kan få alvorlige konsekvenser, både for mor og barn, for eksempel ved svangerskapsforgiftning.

I tillegg utgjør finansieringen et potensielt hinder for helsehjelpen. I Norge kreves det medlemskap i folketrygden for å få dekket utgifter til helsehjelp. Kvinner som oppholder seg her ulovlig, vil dermed måtte dekke utgifter i forbindelse med fødsel og svangerskap selv. Problemstillinger knyttet til finansieringen av helsehjelp vil bli behandlet under punkt 4.

2.7.2 Retten til å få utført et abortinngrep

Abortloven § 2 gir kvinnen rett til å avbryte svangerskapet før utgangen av uke 12. Etter 12. uke har kvinnen rett til abort på visse vilkår, listet opp i lovens § 2 tredje ledd. Etter uke 18 skal det helt spesielle omstendigheter til for å innvilge svangerskapsavbrudd. Det kreves da at det foreligger «særlig tungtveiende grunner», jf abortloven § 2 sjette ledd. Svangerskapet kan alltid avbrytes dersom det medfører «overhengende fare for kvinnens liv eller helse», jf § 10.

Abortlovens stedlige virkeområde er ikke nevnt i loven, det henvises kun til «kvinnen». Imidlertid følger det av abortloven § 14 at de regionale helseforetakene skal «organisere sykehustjenesten slik at kvinnen innen helseregionen til enhver tid kan få utført svangerskapsavbrudd». Det vises til spesialisttjenesteloven § 2-1a, som oppstiller et krav om «fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen». Basert på ordlyden i denne bestemmelsen, innebærer dette at kvinner som oppholder seg ulovlig i landet, i utgangspunktet ikke omfattes av retten til å få utført et abortinngrep.

Retten til å få utført svangerskapsavbrudd er en viktig rettighet, kanskje særlig for prostituerte kvinner og kvinner utsatt for menneskehandel. Men også for andre kvinner som oppholder seg her ulovlig kan retten til abort være av avgjørende betydning. Mange av disse kvinnene lever under et umenneskelig press, og klarer sjelden å slippe av fordi de er redde for å bli pågrepet av myndighetene. Kvinnene har kanskje mer enn nok med å ta vare på seg selv, og mangler overskudd til å ta ansvar for et barn. Dessuten kan kvinnen økonomiske situasjon tilsi at de ikke ønsker å få barnet.

Dersom denne gruppen ikke gis anledning til å ta abort, risikerer man at kvinnene tyr til illegale abortinngrep, noe som kan få svært alvorlige konsekvenser. Dette er et hensyn som taler for at retten til abort bør omfatte alle kvinner i landet. Dette er også lagt til grunn i prioriteringsforskriften § 1 fjerde ledd bokstav c som gir en rett til «svangerskapsavbrudd etter bestemmelsene i abortloven».

2.8 Rett til behandling for kroniske sykdommer

Kroniske sykdommer som diabetes, luftveissykdommer, høyt blodtrykk og hjerte- og karsykdommer er alle sykdommer som kan følge av en usunn livsstil. Personer uten lovlig opphold lever gjerne under harde boforhold. Dette gjør at denne gruppen er ekstra utsatt for å utvikle alvorlige kroniske tilstander. I følge en undersøkelse gjort av «Medicins du Monde» oppga en tredjedel av de ulovlige innvandrerne at de led av én eller flere kroniske sykdommer³⁸. Det er ingenting som tilsier at situasjonen er noen annen her i Norge. Kirkens Bymisjon oppgir at mange av personene som oppholder seg her ulovlig, lever i en slags unntakstilstand, og hele livssituasjonen er veldig uforutsigbar og usikker. De har også vanskeligheter med å skaffe seg et godt sted å bo, og noen lever og bor på gata. Det er vanlig at det bor mange på ett rom eller i én leilighet. Å bo tett med andre mennesker, ofte i kummerlige forhold, øker sjansen for å pådra seg helserelaterte problemer³⁹.

Personer uten lovlig opphold har i utgangspunktet ikke krav på forebyggende behandling av kroniske sykdommer. Det norske regelverket tilsier at behandling for kroniske sykdommer kun kan gis der den kroniske tilstanden utgjør en akutt eller livstruende situasjon. Imidlertid er nok situasjonen en annen i praksis. Blant annet tilsier forsvarlighetskravet og menneskerettighetene at også kronisk sykdom omfattes av øyeblikkelig hjelp (se punkt 2.2). Hvor langt denne retten i virkeligheten strekker seg, er uklart. Jeg vil tro at ren forebyggende behandling ikke omfattes, men her kan det tenkes ulik praksis fra lege til lege. En epileptiker som oppsøker sykehuset for nødvendig medisin, vil i alle tilfelle få dette utskrevet. Å nekte vedkommende medisin kan være livstruende. Dette tilsier at helsepersonell fortolker epileptikere og andre kronisk syke til og omfattes av øyeblikkelig hjelp- begrepet.

³⁸ FRA (2011) s. 31

³⁹ Ottesen (2008) s. 10- 12

Kroniske sykdommer krever langsiktig, kontinuerlig og ofte kostbare medisiner. Dersom dette ikke blir gitt, kan den kroniske sykdommen få alvorlige konsekvenser. For eksempel kan en med diabetes som ikke får regulert blodsukkeret sitt gjennom insulin, få senvirkninger som sykdommer i hjerte, øyne, føtter, nyrer og nerver. En diabetiker trenger et blodsukkerapparat til å måle blodsukkeret med, og nåler for insulininjeksjoner. Imidlertid har en person uten lovlig opphold ofte manglende økonomiske ressurser, og fordi denne gruppen ikke er omfattet av folketrygden, må de betale full pris for behandling og medisiner. Grunnet manglende betalingsevne innebærer dette at de i realiteten ikke vil ha tilgang til dette.

Finansieringsproblematikken behandles i punkt 4.

«European union agency for fundamental rights» (FRA) har sett nærmere på problemene knyttet til behandling av kroniske sykdommer hos personer uten lovlig opphold. De peker på at mangelen på juridiske rettigheter, begrensede økonomiske ressurser samt ustabile boforhold, gjør det vanskelig å tilby en kontinuitet i behandlingen av kroniske sykdommer. I land som ikke tilbyr helsehjelp utover det akutte, vil personer uten lovlig opphold enten være avhengig av legers godvilje eller hjelp fra ideelle organisasjoner. Imidlertid er det ofte vanskelig for de frivillige organisasjonene å få tilgang til nødvendige medisiner og hjelpemidler på generell basis. I Tyskland er de for eksempel avhengig av et samarbeid med leger og apotekpersonell som samler medisiner som er til overs fra andre pasienter⁴⁰. I Norge har Kirkens Bymisjon opprettet «Helsesenteret for papirløse migranter». Helsesenteret dekker medisiner for de aller fleste pasientene, men en stadig tilbakevendende problemstilling er fakturaer på egenandeler og behandlinger som pasientgruppen ikke evner å betale⁴¹. Mer om «Helsesenteret for papirløse migranter» under punkt 8.

⁴⁰ FRA (2011) s. 31

⁴¹ Årsmelding «Helsesenteret for papirløse migranter» 2010 s. 14

3 Internasjonale rettsregler på området

3.1 Innledning

Retten til helse er regulert i ØSK artikkel 12, Barnekonvensjonen artikkel 24, Konvensjonen om rettigheter til mennesker med nedsatt funksjonsevne (CRPD) artikkel 25, Kvinnekonvensjonen artikkel 12 og i Europarådets sosialpakt (ESP) artikkel 11 og artikkel 13. Retten til helse er i tillegg nevnt i verdenserklæringen art. 25, men da i forhold til nivået på levestandarden. Til tross for bestemmelser i konvensjonene, har det internasjonale helsearbeidet til nå i stor grad vært overlatt Verdens Helseorganisasjon og andre ikke- statlige organisasjoner. Imidlertid kan det virke som om helsespørsmål i økende grad blir rettsliggjort, og at bestemmelsene i konvensjonene dermed kan få en økt rettslig betydning i tiden fremover.⁴² Dette støttes også av den tilnærmingen EMD har hatt til retten til helse. Selv om det ikke er noen bestemmelser i EMK som direkte tar opp retten til helse, har helsespørsmål blitt trukket inn i forhold til mange av konvensjonens bestemmelser, deriblant artikkel 8 om retten til privat- og familieliv og retten til liv etter artikkel 3.⁴³

Retten til helse etter ØSK, CRPD og Barnekonvensjonen håndheves ikke gjennom individuelle klager eller statsklager, og den enkelte borger som mener at retten til helse ikke er oppfylt, kan dermed ikke få noen konkret avgjørelse om sin rett. Unntak gjelder for Kvinnekonvensjonen. Her gir tilleggsprotokoll 1 individ og grupper av enkeltpersoner mulighet til å få saken sin hørt av kvinnekomiteen dersom rettighetene etter konvensjonen er blitt krenket, jf artikkel 4. ØSK, CRPD og Barnekonvensjonen håndheves primært ved statsrapportering. Dette gir komiteene en mulighet til å kontrollere statenes gjennomføring av konvensjonene, og eventuelt oppfordre stater som ikke oppfyller kravene til å endre praksis.

Norge har imidlertid gjort enkelte konvensjoner til lov gjennom menneskerettsloven § 2. Det vil dermed være individuelt vern knyttet til konvensjonene på den måten at det nasjonale

⁴² Høstmælingen (2003) s. 300

⁴³ Høstmælingen (2003) s.301

rettssystemet anvender disse som gjeldene rett, og dessuten håndheves konvensjonen av de nasjonale domstolene⁴⁴.

3.2 ØSK artikkel 12

ØSK artikkel 12 fastslår at «Konvensjonspartene anerkjenner retten for enhver til den høyest oppnåelige helsestandard både fysisk og psykisk». Videre i annet ledd er det listet opp en rekke ulike tiltak som statene er pålagt å sette i verk. Bestemmelsen må tolkes i sammenheng med ØSK artikkel 2 første ledd som fastslår at rettighetene i konvensjonen skal realiseres over tid og avhengig av statenes økonomiske situasjon. Det er dermed mye som overlates til statene selv, og de kan i stor grad bestemme hvordan de prioriterer sine ressurser.⁴⁵

ØSK artikkel 12 skiller ikke mellom personer avhengig av deres juridiske status, men gjelder for «enhver». Asbjørn Eide har i tidsskriftet «Nordic Journal of Human Rights» uttalt at «Retten gjelder den «høyest oppnåelige» helse. Oppnåelsen av dette avhenger «dels av forholdene i samfunnet som helhet, sosialt og miljømessig, forholdene i den gruppe eller miljø hvor personen har sitt liv, og situasjonen for den enkelte selv.»⁴⁶

FNs komité for økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK- komiteen) har i sine generelle kommentarer tatt for seg retten til helses normative innhold. Det oppstilles fire grunnleggende krav til helsehjelpen:

1. Den må finnes i tilstrekkelig omfang («Availability»)
2. Den må være tilgjengelige for alle uten diskriminering («Accessability»)
3. Den må være medisinsk- etisk og kulturelt akseptabel («Acceptable»)
4. Den må være av tilstrekkelig god medisinsk-vitenskapelig kvalitet («Quality»)⁴⁷

Særlig aktuelt er kravet om «accessability». Kravet er nærmere presisert av ØSK- komiteen og innebærer ikke-diskriminering, fysisk tilgjengelighet, økonomisk tilgjengelighet og informasjonstilgjengelighet av helsetjenester⁴⁸. Det vil nå redegjøres nærmere for kravet om ikke- diskriminering, og hvorvidt en ulik tilgang til helsetjenester basert på oppholdsgrunnlag

⁴⁴ Moelven (2006) s. 65

⁴⁵ Høstmælingen (2003) s. 300

⁴⁶ Eide (2006) s. 276

⁴⁷ CESCR General Comment No 14 2000 para 12

⁴⁸ CESCR General Comment No 14 2000 para 12 (b)

strider mot dette. Deretter vil kravene til økonomisk tilgjengelighet og informasjonstilgjengelighet bli behandlet.

3.2.1.1 Ikke- diskriminering

Kravet om ikke- diskriminering innebærer at ytelsene må være tilgjengelige uten forskjellsbehandling. Dette er også i tråd med ikke- diskrimineringsprinsippet i ØSK artikkel 2 annet ledd og Barnekonvensjonen artikkel 2 første ledd. ØSK- komiteen understreker i sine kommentarer at statene har en plikt til ikke å nekte eller begrense lik tilgang for blant annet personer uten lovlig opphold:

«In particular, States are under the obligation to respect the right to health by, inter alia, refraining from denying or limiting equal access for all persons, including prisoners or detainees, minorities, asylum seekers and illegal immigrants, to preventive, curative and palliative health services; abstaining from enforcing discriminatory practices as a State policy; and abstaining from imposing discriminatory practices relating to women's health status and needs».⁴⁹

Komiteen henviser til «preventive, curative and palliative health services». Denne formuleringen kan tilsi at personer uten lovlig opphold skal ha tilgang til helsehjelp utover «øyeblikkelig hjelp» og «helt nødvendig helsehjelp som ikke kan vente», slik de har krav på etter norsk helselovgivning. Imidlertid er det i juridisk teori uenighet om konvensjonen stiller et ubetinget krav om lik tilgang for alle. Brigit Toebes har sett nærmere på tendensen til at den industrialiserte delen av verdenen kun tilbyr «emergency medical care» til personer uten lovlig opphold. Hun uttaler at kjernen i retten til helse trolig er noe bredere enn bare akutt medisinsk behandling, og påpeker at det må antas at behandling av vanlige skader og sykdommer, omfatter mer enn ren nødhjelp⁵⁰.

3.2.1.2 Økonomisk tilgjengelighet

Kravet til «accessability» innebærer at ytelsene også må være økonomisk tilgjengelige. Det finnes i dag ingen finansieringsordning, og personer uten lovlig opphold må selv betale for

⁴⁹ CESCR General Comment No 14 2000 para 34

⁵⁰ Eide (2001) s.189

helsehjelpen de får. Det er antatt at denne gruppen i stor grad mangler økonomiske midler, og rettigheten vil dermed være uoppnåelig for mange. Finansieringsspørsmålet vil bli behandlet under punkt 4.

3.2.1.3 Informasjonstilgjengelighet

Informasjonstilgjengelighet innebærer at alle skal ha mulighet til å skaffe seg og bli gitt informasjon om kunnskap om helsespørsmål. I dette ligger også et krav om at alle skal ha tilgang til informasjon om sine rettigheter etter nasjonalt regelverk. «Helsesenteret for papirløse migranter» (se punkt 8) skriver i sin årsrapport at mange personer uten lovlig opphold er uvitende om sine rettigheter. Mange vet ikke at de har krav på akutt hjelp, og enkelte oppsøker ikke lege fordi de ikke kan betale for seg, og dermed tror de at de vil bli avvist. Pasientene er ikke klar over at manglende betalingsevne ikke skal være et hinder for øyeblikkelig hjelp. I tillegg oppgir enkelte brukere av helsesenteret at de ikke tør å oppsøke legevakten av redsel for å bli pågrepet av myndighetene⁵¹.

Også blant helsepersonell er det lite kunnskap om personer uten lovlig oppholds rett til helsehjelp. Dette kan skyldes et uklart og lite tilgjengelig regelverk. Andre land i Europa erfarer at helsepersonell ikke nødvendigvis er klar over hvilke rettigheter personer uten lovlig opphold har. Dette kommer frem i en rapport fra European Union Agency for Fundamental Rights (FRA) hvor uvitenhet om rettighetene blant helsepersonell og pasienter ble regnet som en av de største utfordringene i forhold til helsehjelp til denne gruppen. Det refereres også til migranter som ikke tør å oppsøke helsetjenesten i frykt for å bli sendt ut av landet⁵².

Rapporten fra FRA tar også opp problemstillinger knyttet til «word of mouth». Fordi mange i denne gruppen er redde for å oppsøke offentlige kontorer for å få kjennskap til sine rettigheter, benytter mange seg av «jungeltelegrafene»⁵³. Dette blir sett på som en relativ trygg måte å skaffe seg informasjon på. Jeg antar at personer i Norge også benytter seg av denne typen informasjonsutveksling. Imidlertid er mange i denne gruppen uvitende og usikre på sine faktiske rettigheter, noe som gir rom for rykter og spekulasjoner. I tillegg er «word of mouth»-informasjon vanskelig tilgjengelig for alle, man er avhengig av et nettverk av personer i samme situasjon for å få tilgang til informasjon.

⁵¹ Årsrapport fra «Helsesenteret for papirløse migranter» 2010 s. 15

⁵² FRA (2011) s. 7

⁵³ FRA (2011) s. 7

Dette viser at det er et sterkt behov for informasjon, både til helsepersonell og pasientgruppen. Det er myndighetenes ansvar å finne måter å nå ut med informasjonen på. For helsepersonell vil det kanskje være tilstrekkelig med innarbeidelse av gode rutiner, grundig opplæring og informasjonskampanjer, men dette vil neppe være en god måte å nå ut med informasjon til personer uten lovlig opphold. Her tror jeg det vil være nødvendig med oppsøkende virksomhet i miljøene.

3.2.2 Barnekonvensjonen artikkel 24

Etter Barnekonvensjonen artikkel 24 har «barn rett til å nyte godt av den høyest oppnåelige helsestandard og til behandlingstilbud for sykdom og rehabilitering. Partene skal bestrebe seg på å sikre at ingen barn fratas sin rett til adgang til slike tjenester». Videre i annet ledd er det listet opp ulike tiltak for å nå frem til høyest oppnåelig helsestandard, blant annet å «sikre at det ytes nødvendig helsehjelp og helseomsorg til alle barn, med vekt på utvikling av primærhelsetjenesten», jf artikkel 24 annet ledd b.

Barnekonvensjonen artikkel 24 følger opp bestemmelsen i ØSK artikkel 12 ved at det anerkjennes en rett til «den høyest oppnåelige helsestandard». Det finnes ingen generell kommentar til denne artikkelen i Barnekonvensjonen, men det er derimot gitt kommentarer til andre artikler i konvensjonen som er relevante i forhold til helse i «General comment no. 4 (2003), Adolescent health and development in the context of the Convention on the Rights of the Child».

Prinsippet om ikke- diskriminering er også gjeldende for Barnekonvensjonen artikkel 24, jf formuleringen i første ledd siste setning: «partene skal bestrebe seg på å sikre at ingen barn fratas sin rett til adgang til slike helsetjenester». Alle barn som befinner seg på territoriet må ha tilgang til helsetjenestene. Dette er fastslått av FNs spesialrapportører om retten til helse, som blant annet legger til grunn at helsesystemet må være «accessible to all, not just to the wealthy, but also those living in poverty; not just majority ethnic groups, but minorities and indigenous peoples, too; not just those living in urban areas, but also remote villages; not just men, but also women. The health system has to be accessible to all individuals and communities.»⁵⁴

⁵⁴ UN doc. E/CN.4/2006/48 para. 6

Formuleringen i artikkel 24 første ledd siste setning innebærer også et krav om at ytelsene må være økonomisk tilgjengelige. Asbjørn Eide påpeker i sin artikkel at «de må være slik innrettet at alle har råd til å nyttiggjøre seg av dem. Betaling for helsetjenester eller tjenester vedrørende underliggende faktorer må være innenfor rammen av det som er økonomisk mulig for den enkelte, også de som er sosialt vanskeligstilte, om nødvendig gjennom sosiale ytelser»⁵⁵. Finansieringss spørsmålet vil bli behandlet under punkt 4.

Barn som oppholder seg ulovlig i Norge har i de fleste tilfellene ikke kommet til landet frivillig. De kan ikke holdes ansvarlig for at de er her og forblir her med foreldrene sine. Likevel er deres rett til helsehjelp noe begrenset etter prioriteringsforskriften, jf mine bemerkninger i punkt 2.6. En slik begrensning kan innebære en diskriminering i henhold til Barnekonvensjonen. Når man dessuten legger til det faktum at de færreste forlater landet innen fristen, kan dette, i tillegg til å være svært urimelig, resultere i stor skade for de barna det gjelder.

3.2.3 Kvinnekonvensjonen artikkel 12

Kvinnekonvensjonen artikkel 12 annet ledd pålegger statene å trygge kvinner «appropriate services in connection with pregnancy, confinement and the post- natal period, granting free services where necessary, as well as adequate nutrition during pregnancy and lactation».

FNs kvinnekomité (CEDAW) har gitt generelle anbefalinger vedrørende retten til helse i «General Recommendation No. 24». Innledningsvis i kommentarene til CEDAW påpekes det at rapportene til statene bør omfatte hvilke tiltak statene har tatt for å sikre kvinner nødvendige helsetjenester i forbindelse med graviditet, fødsel og barsel⁵⁶. Rapportene bør også inkludere hvordan landene tilbyr gratis tjenester for å sikre at nødvendig helsehjelp gis til de som mangler midler. Komiteen påpeker at det er statenes oppgave å sikre kvinners rett til «safe motherhood and emergency obstetric services and they should allocate to these services the maximum extent of available resources⁵⁷».

Kvinnekonvensjonen gjelder for alle kvinner, uavhengig av oppholdsgrunnlag. Kvinner uten lovlig opphold er en utsatt gruppe. I tillegg til å mangle økonomiske midler til å betale for

⁵⁵ Eide (2006) s. 278

⁵⁶ CEDAWS General Comments no. 24 para 26

⁵⁷ CEDAWS General Comments no. 24 para 27

helsehjelpen, viser flere studier at kvinnene i denne gruppen har flere uønskede svangerskap, manglende svangerskapskontroller, bruker mindre prevensjon og er mer utsatt for vold under svangerskapet. Studier viser også at det er en høyere forekomst av klamydiainfeksjoner blant disse kvinnene⁵⁸. Dette indikerer at det er behov for bedre tilgang til behandling og informasjon om helsetjenester blant kvinner.

3.2.4 CRPD artikkel 25

Det følger av konvensjonens artikkel 1 annet ledd at mennesker med psykiske lidelser er omfattet av konvensjonen dersom funksjonsnedsettelse har en alvorlig og varig karakter.

Artikkel 25 slår fast at mennesker med nedsatt funksjonsevne, herunder også mental eller psykososial funksjonsevne, har rett til høyest oppnåelige helsestandard uten diskriminering på grunn av nedsatt funksjonsevne. Videre pålegges statene i punkt d å tilby helsehjelp «of the same quality to persons with disabilities as to others, including on the basis of free and informed consent by, inter alia, raising awareness of the human rights, dignity, autonomy and needs of persons with disabilities through training and the promulgation of ethical standards for public and private health care».

CRPD gjelder for «all persons with disabilities» (jf artikkel 1), dermed også for personer uten lovlig opphold. Dette er også påpekt i rapporten fra FRA som tar for seg tilgangen til helsehjelp for personer uten lovlig opphold i ti EU-land. Generelt i Europa er tilgangen til psykisk helsevern for personer uten lovlig opphold meget begrenset. Bare i fire av de ti landene som var med i studien hadde personene formelt tilgang til psykiske helsetjenester, som medisiner og behandling for depresjon, stress, psykose og angstrelaterte lidelser. I de resterende landene, ble personer uten lovlig opphold bare behandlet i nødstilfeller, for eksempel ved suicidalitet eller dersom personen ble ansett å være en trussel mot seg selv eller andre.

Selv i de landene hvor personer uten lovlig opphold har tilgang til psykiske helsetjenester, eksisterer det praktiske hindringer som begrenser tilgangen. Helsepersonellet som er intervjuet av FRA opplyser at det er en generell mangel på psykiske helsetjenester også for den øvrige befolkningen. For eksempel er det ofte lang ventetid på behandling. I Tyskland er

⁵⁸ PICUM (2010) s. 31

det ikke uvanlig at man må vente i seks måneder på behandling, og dersom man står uten helseforsikring kan man det ta opptil ett år. I Spania viste helsepersonell til at leger ofte vegrer seg for å ta i mot pasienter uten lovlig opphold, på grunn av bekymringer om språk og at det å ha en tolk til stede ville endre terapi- og behandlingssituasjonen⁵⁹.

I Norge utgjør psykiske plager et betydelig helseproblem. I en rapport fra Folkehelseinstituttet fra 2011 konkluderes det med at «Norge står overfor et omfattende problem med store menneskelige og samfunnsøkonomiske konsekvenser⁶⁰». Folkehelseinstituttet påpeker at dette må løses gjennom forebyggende arbeid som primært retter seg mot å redusere forekomst av plager, symptomer og lidelser. Slik det norske regelverket er i dag, vil ikke personer uten lovlig opphold ha krav på forebyggende behandling. Imidlertid er disse personene også omfattet av CRDP, og de har like stor rett som den øvrige befolkningen til å bli inkludert i arbeidet med å forebygge psykiske helseproblemer. Som jeg tidligere har påpekt i punkt 2.5, eksisterer det en overhyppighet av psykiske lidelser blant personer uten lovlig opphold. Dette gjør det desto mer viktig at gruppen inkluderes i arbeidet til Folkehelseinstituttet.

3.2.5 Andre konvensjonsbestemmelser

EMK artikkel 3 gir et folkerettslig vern mot tortur og umenneskelig og nedverdiggende behandling. Bestemmelsen har vært påberopt i EMD flere ganger i forbindelse med helsespørsmål, blant annet i «Anna Pacenko v. Latvia»⁶¹. Anna Pacenko påstod at hennes levekår i Latvia blant annet var i strid med EMK artikkel 3. EMD påpekte i den forbindelse at «the Convention does not guarantee, as such, socio- economics, including the right to charge-free dwelling, the right to work, the right to free medical assistance, or the right to claim financial assistance from a State to maintain a certain level of living.»⁶² Retten konkluderte derimot med at hennes levevilkår ikke var på et «minimum level of severity», og forholdene var dermed ikke i strid med EMK artikkel 3.

Det finnes også saker fra EMD og Kommisjonen som gjelder spørsmålet om utvisning av syke utlendinger fra landet innebærer brudd på EMK artikkel 3⁶³. Jeg går ikke nærmere inn på disse sakene her, men nevner kort at utvisning vil krenke artikkel 3 der personen ikke kan

⁵⁹ FRA (2011) s. 29

⁶⁰ Folkehelseinstituttet (2011) s. 84

⁶¹ Sak nr. 40772/98 av 28. oktober 1999.

⁶² Sak nr. 40772/98 av 28. oktober 1999 s. 6

⁶³ Blant annet sak nr. 146/1996/767/964 av 2. mai 1997 og sak nr. 30930/96 av 7. september 1998

tilbys adekvat behandling i hjemlandet. Dette kan tale for at det å nekte en person behandling i tilsvarende tilfelle, vil stride mot artikkel 3.

EMK artikkel 8 gjelder retten til respekt for privatliv og familieliv. I annet ledd oppstilles det et krav om proporsjonalitet, det vil si at inngrepet må være «nødvendig i et demokratisk samfunn». Jeg har ikke funnet noe tilfelle hvor denne bestemmelsen har vært trukket inn i forbindelse med retten til helse for personer uten lovlig opphold. Aslak Syse har imidlertid sett nærmere på spørsmålet vedrørende sosialtjenester til denne persongruppen. I en artikkel fra Lov og Rett uttaler han at «det er vanskelig å se at en stat som nekter folk penger til mat og tak over hodet, respekterer folks rett til privatliv. Det er videre vanskelig å se at avgjørelsen vil stå seg etter den sentrale avveiningsbestemmelsen i artikkel 8 nr. 2, kravet om proporsjonalitet (...)». Syse påpeker dessuten at kravet også innebærer en positiv forpliktelse for staten til å oppfylle rettighetene.⁶⁴ Jeg går ikke nærmere inn på disse uttalelsene, men kanskje kan også det å nekte personer rett til helsehjelp innebære et brudd på EMK artikkel 8?

Retten til helse er også omhandlet i Europarådets sosialpakt (ESP) artikkel 11 (retten til beskyttelse av helse) og artikkel 13 (retten til å få medisinsk hjelp). Sammenlignet med ØSK artikkel 12, er ESP forholdsvis generell i sin utforming⁶⁵, og konvensjonen vil ikke bli nærmere behandlet. Retten til å få medisinsk hjelp etter ESP artikkel 13 ble behandlet av den Europeiske sosialkomiteen i «FIDH v. France»⁶⁶ Saken relaterte seg til en ny lov i Frankrike, og spørsmålet var blant annet hvorvidt loven utgjorde brudd på ESP artikkel 13. Komiteen uttalte blant annet at «that the persons concerned are unlawfully present may constitute a reason under Article 13, paragraph 4 for them not to be entitled to exactly the same treatment as nationals, but in no way would it justify denying them all medical assistance.»

Flere av menneskerettighetskonvensjonene inneholder diskrimineringsforbud. FNs verdenserklæring artikkel 7, SP artikkel 26 og Europarådets menneskerettighetskonvensjons TP12 forbyr diskriminering på generelt grunnlag. FNs verdenserklæring artikkel 2, SP artikkel 2, ØSK artikkel 2 og EMK artikkel 14 forbyr i tillegg diskriminering på de områdene som konvensjonen regulerer.

⁶⁴ Syse (2004) [b]

⁶⁵ Moelven (2006) s. 64

⁶⁶ Sak nr. 13/2003 av 7. september 2004

Diskriminering forutsetter at det foreligger en forskjellsbehandling. Det er på det rene at personer uten lovlig opphold forskjellsbehandles i forhold til norske statsborgere eller personer med lovlig opphold ved at de kun har krav på en begrenset helsehjelp. Forskjellsbehandling er imidlertid ikke et tilstrekkelig vilkår for å etablere en konvensjonsstridig diskriminering. Det må sondres mellom tillatt saklig forskjellsbehandling og forbudt diskriminering. Det foreligger ikke konvensjonsstridig diskriminering dersom forskjellsbehandlingen har en objektiv og rimelig begrunnelse. I dette ligger at forskjellsbehandlingen må tjene et saklig formål og det må være forholdsmessighet mellom mål og midler.⁶⁷

Det første spørsmålet blir dermed om forskjellsbehandlingen er lovlig fordi den er nødvendig for å oppnå et saklig formål. Det at en person ikke har lovlig opphold, vil nok kunne anses som en objektiv og rimelig grunn til å nekte han eller hun helsehjelp utover det som er akutt eller helt nødvendig. Spørsmålet er også behandlet i høringsutkastet til prioriteringsforskriften. Det legges til grunn at det ikke er ansett «å være i strid med menneskerettighetene at landet har et system der medlemmer av folketrygden får flere ytelser enn individer med ulovlig opphold i landet»⁶⁸. Det sentrale blir derimot om det foreligger forholdsmessighet mellom forskjellsbehandlingen og formålet som ønskes fremmet. Dette må avgjøres etter en konkret vurdering. Aktuelle momenter her vil være grunnen til at personen søker helsehjelp, hvilke konsekvenser det vil få om helsehjelp ikke blir gitt og kostnadene ved å gi helsehjelp.

⁶⁷ Syse (2007) s. 128

⁶⁸ Helse- og omsorgsdepartementet (2010) s. 8

4 Finansiering og betaling for helsehjelpen

4.1 Utgangspunkt

Personer uten lovlig opphold må som hovedregel betale for den helsehjelp de mottar. Unntak gjelder ved helsehjelp i forbindelse med smittevern og ved tvungent psykisk helsevern. For akutt helsehjelp er det ikke tillatt å kreve forhåndsbetaling. Helsepersonell og helseinstitusjonene har en plikt til å hjelpe, og denne plikten forsvinner ikke selv om personen ikke kan betale for seg.

De ulike hjemmelsgrunnlagene for finansiering av helsehjelp vil nå bli behandlet.

4.1.1 Spesialisthelsetjenesten

Utgangspunktet i spesialisthelsetjenesteloven er at det regionale helseforetaket i pasientens bostedsregion skal betale for behandlingen, jf § 5- 2. «Pasientens bostedsregion» er nærmere definert i § 5- 1 til å være «den helseregion der pasienten har sin faste bopel», eventuelt «den helseregion der vedkommende har sitt faste oppholdssted».

Selv om det ikke kreves fast bopel i riket, kreves det at oppholdet er av en mer fast/varig karakter enn et midlertidig opphold. Personer uten lovlig opphold kan ikke sies å oppfylle dette kravet. Dessuten har Helse- og omsorgsdepartementet i et rundskriv til de regionale helseforetakene, lagt til grunn at pasienten må være medlem av folketrygden for at bestemmelsen i § 5-2 skal komme til anvendelse⁶⁹. Personer uten lovlig opphold er ikke medlemmer av folketrygden, jf folketrygdloven § 2- 1 tredje ledd, og har dermed ikke rett til å få dekket sine utgifter.

Derimot følger det av spesialisthelsetjenesteloven § 5- 3 at denne gruppen selv må dekke sine behandlings- og forpleiningsutgifter. I de tilfellene hvor pasienten ikke selv kan dekke utgiftene åpner § 5- 3 annet punktum for at utgiftene «skal dekkes av vedkommende helseinstitusjon eller tjenesteyter». I så fall vil det bli institusjonens ansvar å inndrive

⁶⁹ Rundskriv nr. I-2/2008 s. 2

betalingen fra pasienten. Dersom betalingen ikke lar seg inndrive, vil utgiftene belastes institusjonen⁷⁰.

4.1.2 Kommunehelsetjenesteloven

Utgangspunktet for finansiering av kommunehelsetjenester er gitt i kommunehelsetjenesteloven § 5- 1, som bestemmer at «kommunen skal dekke de utgiftene ved helsetjeneste den har ansvar for». Lovgivningen bygger imidlertid på den forutsetning at finansiering av helsehjelp fra kommunehelsetjenesten, skjer på grunnlag av medlemskap i folketrygden⁷¹. Personer uten lovlig opphold vil falle utenfor denne ordningen, da de ikke er medlemmer i folketrygden. Dermed må denne persongruppen selv betale for helsehjelpen gitt av kommunehelsetjenesten.

4.1.3 Tvungent psykisk helsevern

Spesialisthelsetjenesteloven § 5- 3 siste ledd bestemmer at staten skal dekke utgiftene til tvungent psykisk helsevern. Det oppstilles ikke et bostedskrav, og personer uten lovlig opphold vil dermed ha krav på å få slik behandling dekket. At slik helsehjelp dekkes av staten, vil uansett være en viktig og nødvendig forutsetning for å kunne gjennomføre tvungent psykisk helsevern.

4.2 Manglende finansieringsordninger- brudd på menneskerettighetene?

Både ØSK artikkel 12 og Barnekonvensjonen artikkel 24 oppstiller et krav om tilgjengelighet («Accessibility»). Under dette gjelder også et krav om at ytelsene må være økonomisk tilgjengelige. Dette innebærer at betaling av helsetjenester må være innenfor rammen av det som er økonomisk mulig for den enkelte, og fattige familier må ikke utsettes for en proporsjonalt større byrde av helseutgifter enn rike familier⁷². Personer uten lovlig opphold er en gruppe der mange trolig har svært begrensede økonomiske ressurser. For mange vil det være umulig å dekke utgiftene til behandling. Dermed vil økonomi bli et hinder for at pasientene får den helsehjelp de har krav på i henhold til helselovgivningen, og retten til helsehjelp vil kun bli illusorisk.

⁷⁰ Rundskriv I- 2/2008 s. 3-4

⁷¹ NOU 2011:7 s. 151

⁷² Eide (2006) s. 278

Det er imidlertid ikke et krav om at helsehjelpen skal være gratis. Generelt kan det være adgang til å ta betalt, men det må sikres ordninger som gjør at de som ikke kan betale for seg også får tilgang til tjenestene. Dette kan blant annet utledes av Barnekonvensjonen artikkel 24 som konstaterer at ingen barn skal være «deprived of his or her access to such health care facilities». Denne formuleringen kom inn som et kompromiss mellom de som mente at helsetjenestene for barn skulle være gratis, og de som mente at man som hovedregel kunne ta betalt⁷³.

Det finnes i dag ingen refusjonsordninger for utgifter som helsepersonell har når de behandler personer som ikke kan betale for seg. Dette innebærer at leger og annet helsepersonell i disse tilfellene yter frivillig hjelp. I Nederland er det innført en ordning der tjenesteyter kan søke offentlig refusjon der pasienten ikke kan betale. Ordningen administreres av offentlige helseforsikringsordninger. Flere organisasjoner, blant annet Leger uten grenser⁷⁴, har foreslått at det innføres en slik ordning i Norge, med HELFO⁷⁵ som administrator. De ønsker seg en ordning der behandler kan få refundert både egenandeler og honorar for disse pasientene.

Kristian Andenæs og Charlotte Bayegan har i en artikkel i tidsskriftet «Juristkontakt» sett nærmere på finansieringsproblematikken. De hevder at retten til øyeblikkelig hjelp i prinsippet er todelt dersom man legger Helsedirektoratets tolkning av dagens regelverk til grunn: «Direktoratet sier nemlig at en pasient kan ha rett til øyeblikkelig helsehjelp, men har ikke dermed rett til å få dekket utgiftene til slik hjelp». Senere i artikkelen påpeker de at todelingen «ikke bare er direkte diskriminerende i forhold til andre borgere som befinner seg på norsk territorium, men er også i strid med rettighetsbegrepet slik vi kjenner det». Bare dersom det skapes et system som sikrer at de som har rett og ikke betalingsevne, får hjelp, vil kravene i norsk lovgivning være oppfylt⁷⁶.

Jeg er enig med Andenæs og Bayegan i at Helsedirektoratets tolkning av regelverket er feil. Direktoratet har erkjent at personer som oppholder seg her ulovlig ofte vil mangle økonomiske midler, men likevel legger Direktoratet til grunn at det er rimelig å kreve at denne persongruppen selv må betale for helsehjelpen. Menneskerettighetene er universelle rettigheter, hvilket innebærer at de skal gjelde for alle, uavhengig av oppholdsgrunnlag. I dag

⁷³ Eide (2006) s. 278

⁷⁴ Den Norske Legeforenings høringsvar til endring av prioriteringsforskriften, 17. februar 2011.

⁷⁵ Helseøkonomiforvaltningen

⁷⁶ Andenæs (2009)

er ikke rettighetene til helsehjelp etter menneskerettskonvensjonene tilgjengelige for alle. Manglende finansiering og refusjonsordninger er et reelt hinder for at personer uten lovlig opphold får den helsehjelp de har krav på.

4.2.1 Særlig om finansiering av fødsel

Ofte kan det bli høye utgifter forbundet med fødsel, og personer uten lovlig opphold er selv nødt til å dekke dette. Dette ble også poengtert i et brev fra Helsedirektoratet til Helsetilsynet i Vest- Agder, hvor sykehuset i Flekkefjord hadde krevd at en iransk kvinne skulle dekke utgifter forbundet med fødsel med 42 000 kroner. Kvinnen hadde fått avslag på sin søknad om opphold i landet, og Helsedirektoratet uttalte at sykehuset ikke hadde gjort noe feil da de kun hadde forholdt seg til gjeldende regelverk. Imidlertid ble kravet trukket tilbake etter en helhetsvurdering, men sykehuset fastholdt at de kun hadde fulgt reglene⁷⁷.

At utgifter forbundet med fødsel ikke dekkes av helseforetakene, kan få alvorlige konsekvenser for mor og barn. Det kan blant annet føre til at kvinnene føder i hjemmet eller andre private steder. FRA har gjennom intervjuer med helsepersonell og pasienter avdekket hvilke situasjoner som kan oppstå der pasienten ikke kan betale for seg. Det rapporteres blant annet om kvinner som flykter fra sykehuset på natten for å unnsnippe regningen. Det refereres også til tilfeller der helsepersonell ikke var villige til å utlevere babyen til moren før hun hadde betalt for behandlingen. I Hellas var det ikke uvanlig at sykehusene ønsket at mor og barn skulle forlate sykehuset så fort som mulig, for å holde kostnadene forbundet med sykehusinnleggelsen nede⁷⁸.

At en kvinne med et nyfødt barn tvinges til å forlate sykehuset kort tid etter fødselen, innebærer at de går glipp av nødvendige undersøkelser som blant annet gjør det mulig å avdekke hjerte- og lungefeil hos den nyfødte. Å frata en nyfødt retten til slike undersøkelser vil stride mot grunnleggende menneskerettigheter. Barnekonvensjonen artikkel 24 gir alle barn «rett til å nyte godt av den høyest oppnåelige helsestandard og til behandlingstilbud for sykdom og rehabilitering». Også i de tilfellene der kvinnen velger å føde hjemme, fratas den nyfødte retten til nødvendige undersøkelser. Dessuten vil ikke fødselen bli registrert noe sted, noe som fører til at barna kan bli statsløse. Et nyfødt barn skal ikke lide av at moren

⁷⁷ Andenæs (2009)

⁷⁸ FRA (2011) s. 37

oppholder seg ulovlig i landet. Hensynet til barnet mener jeg er et avgjørende hensyn for å gi kvinner rett til gratis helsehjelp i forbindelse med fødsel.

4.2.1.1 Situasjonen i USA

I USA er betaling av fødsler for kvinner som oppholder seg ulovlig i landet en hyppig kostnad for skattebetalerne. Et studie fra delstaten California viser at det i 1994 ble født 74 987 slike barn, noe som utgjorde en kostnad på 215 millioner dollar, og 36 prosent av alle fødslene. Siden 1994 har antallet økt betraktelig. På et av sykehusene i California, San Joaquin General Hospital, var 70 prosent av de 2 300 barna som ble født, barn av kvinner som oppholdt seg ulovlig i staten⁷⁹. Samfunnsøkonomisk kan det være uheldig at skattebetalere skal bidra til å betale for helsehjelp til personer som oppholder seg her ulovlig, og som ikke selv betaler skatt. Dette spørsmålet vil bli behandlet under punkt 7.3. Jeg mener imidlertid at for fødsler, er dette neppe noe man kan ta i betraktning. Her vil hensynet til kvinnens helse, og ikke minst det nyfødte barnet, veie tyngre enn det samfunnsøkonomiske aspektet.

⁷⁹ FAIR («The Federation for American Immigration Reform») (2009)

5 Er reglene om helsehjelp til personer uten lovlig opphold i strid med forsvarlighetskravet i helsepersonelloven og profesjonsorganisasjonenes etiske regler?

5.1 Innledning

Personer uten lovlig opphold har krav på øyeblikkelig hjelp og «helt nødvendig helsehjelp som ikke kan vente», jf prioriteringsforskriften § 1. I praksis vil forskjellen mellom de to begrepene være svært liten. Begrensningene i retten til nødvendig helsehjelp fra kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten innebærer at det overlates til helsepersonellet å vurdere alvorlighetsgraden og mulig utfall av helsetilstanden. Her kan det oppstå uklarheter i forhold til hvorvidt personen har krav på helsehjelp eller om vedkommende må vente til tilstanden har forverret seg. Det kan også tenkes at regelverket blir ulikt praktisert fra lege til lege, og at det nærmest blir tilfeldig hvem som blir hjulpet av helseapparatet.

For å kunne avgjøre hvorvidt personen har krav på helsehjelp, må helsepersonellet uansett undersøke vedkommende, jf helsepersonelloven § 7 annet ledd. Dermed har de allerede gitt helsehjelp til personen, og helsepersonellet vil ha både et juridisk og etisk ansvar overfor pasienten. Ansvarer innebærer blant annet en plikt til å yte forsvarlig helsehjelp.

Helsepersonell er bundet av denne standarden gjennom helsepersonelloven og gjennom sine yrkesetiske regler.

5.2 Kravet til forsvarlig helsehjelp etter helsepersonelloven

Kravet til forsvarlighet er lovfestet i helsepersonelloven § 4 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-2. Det er kun de kravene til forsvarlighet som stilles til den enkelte helsearbeider som vil bli behandlet. I tillegg til å være blant de viktigste prinsippene i helselovgivningen, er kravet til forsvarlighet den mest generelle normen. Den gjelder i alle situasjoner hvor helsearbeidere

opptrer, ikke bare i forbindelse med behandling av pasienten.⁸⁰ Forsvarlighetskravet er kun en minstestandard for hva som kan aksepteres, og ikke en standard for hvordan optimal helsehjelp skal gis.

Hovedhensynet bak kravet om forsvarlighet i helsevesenet er å beskytte pasienten og samfunnet mot handlinger og unnlatelser som innebærer unødvendig skaderisiko eller likegyldig, eventuelt ignorerende atferd.⁸¹ Det fremgår av forarbeidene til helsepersonelloven at begrepet «forsvarlig» er en rettslig standard.⁸² Dette innebærer at innholdet i bestemmelsen er dynamisk, og vil endres i tråd med faglig utvikling, skiftende verdioppfatninger og lignende⁸³. Det dynamiske aspektet vil også innebære en plikt for helsepersonellet til å holde seg faglig a-jour innenfor sitt fagfelt.⁸⁴ Kravet til forsvarlighet skal relateres til det som kan forventes ut i fra «helsepersonellens kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig», jf helsepersonelloven § 4.

Der man skal ta stilling til hvorvidt en person uten lovlig opphold har krav på helsehjelp etter pasientrettighetsloven kapittel 2, vil helsepersonelloven § 4 komme inn som et generelt tolkningsmoment. Det kan tenkes situasjoner der pasienten ikke er i en situasjon som betegnes som «øyeblikkelig» eller «helt nødvendig helsehjelp som ikke kan vente», men hvor forsvarlighetskravet tilsier helsehjelp. Dette kan for eksempel være i situasjoner der behovet for helsehjelp vedvarer etter akutt behandling, for eksempel ved magesår eller diabetes⁸⁵. Dessuten kan det være situasjoner der det bare er snakk om tid før pasienten kommer i en situasjon som gir krav på helsehjelp, for eksempel ved betydelig høyt blodtrykk som kan resultere i hjerteinfarkt. Her vil forsvarlighetskravet tale for at pasienten får helsehjelp før vedkommende havner i en situasjon hvor det er akutt fare for liv eller helse.

De strenge vilkårene som gjelder for rett til helsehjelp for personer uten lovlig opphold, kan medføre situasjoner der det som ville vært nødvendig og forsvarlig helsehjelp til en pasient med lovlig opphold, ikke kan ytes overfor en pasient med ulovlig opphold. En slik forskjellsbehandling kan stride mot de etiske reglene som gjelder for helsepersonell.

⁸⁰ Kjønstad (2007) s. 219

⁸¹ Befring (2010) s. 56

⁸² Ot. prp. Nr. 13 (1998-1999) s. 216

⁸³ Befring (2010) s. 118

⁸⁴ Kjønstad (2007) s. 227

⁸⁵ Hjelde (2009) s. 20

5.3 Profesjonsorganisasjonenes etiske regler

Yrkesetiske regler har ofte basis i de mer grunnleggende prinsippene og skal fungere som et generelt ideal for helsepersonell. Skrevne yrkesetiske regler er som regel av generell karakter, og gir rom for ulike vurderinger. Det er dermed i begrenset grad man kan si at det gjelder en yrkesetikk for helsepersonell som det lett kan utledes av hva som er rett handling i det enkelte tilfellet. Imidlertid kan reglene ha den funksjon å angi hva som er minstemål for god praksis, og dessuten kan de an vise forhold som skal tillegges vekt⁸⁶.

For leger gjelder et sett yrkesetiske regler vedtatt av landsstyret i Legeforeningen i 1961. Av § 1 følger det at «En lege skal verne menneskets helse. Legen skal helbrede, lindre og trøste. Legen skal hjelpe syke til å gjenvinne sin helse og friske til å bevare den». Videre fremgår det av annet ledd at «Legen skal bygge sin gjerning på respekt for grunnleggende menneskerettigheter, og på sannhet og rettferdighet i forhold til pasient og samfunn».

I tillegg gjelder internasjonale deklarasjoner for leger vedtatt av World Medical Association. For somatiske leger finnes det omfattende regler i «International Code of Medical Ethics», vedtatt av World Medical Association i London 1949. Deklarasjonen pålegger leger å la hensynet til pasientens helse gå foran alle andre hensyn. Videre pålegges en plikt til å behandle alle likt, uansett nasjonalitet, rase, religiøs og politisk tilhørighet eller den sosiale situasjon de befinner seg i.

Selv om de yrkesetiske reglene ikke gir noe direkte svar på hva som er rett handling i hvert enkelt tilfelle, kan reglene brukes som et tolkningsmoment i forhold til reglene i helselovgivningen. I forhold til kravet til forsvarlig helsehjelp i helsepersonelloven § 4, kan de yrkesetiske reglene være med på å angi hensyn eller argumenter som skal tillegges vekt i vurderingen av hva som er å anse som «forsvarlig».

Ved motstrid mellom de etiske reglene og rettsreglene, vil rettsreglene i utgangspunktet gå foran. Dette følger av vårt grunnleggende styringssystem, hvor Stortinget er lovgivende myndighet. En interessegruppes moraloppfatning kan ikke suspendere regler som er gitt etter en demokratisk prosess. Brudd på etiske regler medfører ikke sanksjoner av juridisk karakter,

⁸⁶ Moelven(2006) s. 80- 81

og reglene håndheves heller ikke av domstolene. Imidlertid har profesjonsforbundene gjerne egne håndhevingsorganer, og brudd på normene vil kunne medføre reaksjoner som for eksempel eksklusjon fra yrkesorganisasjonen og kritikk fra arbeidsgiver eller kolleger.⁸⁷ Dette vil jeg tro bidrar til at helsepersonell, så langt det er mulig, anvender helselovgivningen i tråd med de yrkesetiske reglene som gjelder for profesjonen.

Ved å skille mellom personer på grunnlag av oppholdsgrunnlag, strider pasientrettighetsloven mot legeetikken grunnleggende prinsipper om at menneskers rett til helsehjelp skal være likt for alle og bare styres av det medisinske behovet. Det vil nok også være belastende for helsepersonell å nekte en person helsehjelp fordi personen ikke har lovlig oppholdsgrunnlag. Mer om dette under punkt 7.

I vurderingen av hva som er å anse som «helsehjelp som ikke kan vente», vil tidsaspektet spille en viktig rolle. Dersom det er på det rene at personen snart skal forlate landet, må helsepersonellet avgjøre hvorvidt helsehjelpen kan vente til personen ankommer mottakslandet⁸⁸. Dette innebærer imidlertid at helsepersonellet er nødt til å prøve å få opplysninger fra pasienten om når vedkommende skal forlate landet. Å bruke disse opplysningene som grunnlag for om helsehjelp skal gis, kan bryte mot grunnleggende legeetikk, men også mot helselovgivningen. Asbjørn Kjønstad påpeker at det i avgjørelsen av hva som er å anse som nødvendig helsehjelp skal det legges «avgjørende vekt på den hjelpetrengendes behov etter en *helsefaglig vurdering*»⁸⁹. Dessuten vil det være vanskelig for helsepersonell å ha kunnskap om mulighet for behandling eller kvalitet på helsehjelpen i returlandet.

⁸⁷ Ohnstad (2004) s. 62

⁸⁸ Helse- og omsorgsdepartementet (2010) s. 10

⁸⁹ Kjønstad (2007) s. 159

6 Formålsbestemmelsen i pasientrettighetsloven

6.1 Innledning

Helsevesenets overordnede mål er «å sikre hele befolkningen, uavhengig av alder, kjønn og bosted, god tilgang på helse- og omsorgstjenester av god kvalitet i en offentlig styrt helse- og omsorgssektor»⁹⁰.

Blant de grunnleggende verdiene for helsevesenet er rettssikkerhet, forutberegnelighet, likhet og rettferdighet. Det fremgår av forarbeidene til pasientrettighetsloven at «Disse verdiene skal legge grunnlag for respekt for den enkeltes liv, integritet, menneskeverd, selvbestemmelse, tillitt mellom pasient og helsetjenesten og likeverdighet i tjenestetilbudet. De skal dessuten sikre pasienten en respektfull behandling»⁹¹.

Formålsbestemmelsen i pasientrettighetsloven § 1- 1 baserer seg i stor grad på disse grunnleggende verdiene, og virker som en retningslinje for de ideelle mål som loven oppstiller⁹². Det fastslås i forarbeidene at bestemmelsen har verdi som rettskildefaktor, og vil ha betydning som konkret tolkningsmoment når innholdet i de enkelte lovbestemmelsene skal tolkes og anvendes. Dessuten understrekes det at bestemmelsen utgjør en «selvstendig kompetanseskranke ved utferdigelsen av forskrifter med hjemmel i lov»⁹³.

Ordlyden i pasientrettighetsloven § 1- 1 peker konkret på at loven skal bidra til en rettferdig fordeling og fremhever betydningen av tillitten mellom helsepersonell og pasient. Dessuten fremheves et prinsipp om pasienten er kjernen og utgangspunkt for all helsehjelp som tilbys.

Det vil nå redegjøres nærmere for disse tre prinsippene.

⁹⁰ Innst. S. nr 165 (1994-1995) s. 5

⁹¹ Ot. prp. nr. 12 (1998-1999) s. 33

⁹² Ot. prp. nr 12 (1998-1999) s. 125

⁹³ Ot prp nr 12 (1998-1999) s. 125

6.2 Prinsipp om likebehandling

Pasientrettighetsloven skal etter formålsbestemmelsen i § 1-1 «bidra til å sikre befolkningen lik tilgang på helsehjelp av god kvalitet ved å gi pasienter rettigheter overfor helsetjenesten». Med «lik tilgang» menes at befolkningen skal sikres helsehjelp uavhengig av alder, kjønn og bosted, eventuelle funksjonshemninger, samt økonomisk, kulturell og språklig bakgrunn og sosial status. Når det gjelder kravet om «god kvalitet», må dette ses i sammenheng med kravet til forsvarlighet i helsepersonelloven § 4 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-3.

Det grunnleggende prinsippet om likebehandling tilsier at personer uten lovlig opphold bør ha samme rett til helsehjelp som dem som oppholder seg lovlig. Dette kan imidlertid stride mot samfunnsøkonomiske hensyn, som gjør det nødvendig for staten å prioritere ressursene man har til rådighet. Det kan også stride mot innvandringspolitiske hensyn, som tilsier at personer som har brutt loven ikke skal innlemmes de samme rettighetene som befolkningen for øvrig. Dette vil bli behandlet under punkt 7.

6.3 Tillitsforhold mellom helsepersonell og pasient

Pasientrettighetsloven skal videre bidra til å «fremme tillitsforholdet mellom pasient og helsetjeneste», jf. pasientrettighetsloven § 1-1 annet punktum. Helsevesenet er avhengig av et grunnleggende tillitsforhold mellom pasient og helsetjeneste for å fungere tilfredsstillende. Tillitsforholdet skal ivaretas blant annet gjennom tildelingsbestemmelsene i lovens kapittel 2, og gjennom bestemmelser som gjelder formelle forhold. Dessuten bidrar overprøvings- og klagemulighetene til å utvikle et dypere tillitsforhold mellom pasienten og helsetjenesten⁹⁴.

Helsepersonellet er etter reglene i prioriteringsforskriften § 1 nødt til å ta tidsaspektet i betraktning ved vurdering av om helsehjelp skal gis. Jeg har tidligere påpekt at bruk av opplysninger om når pasienten skal forlate landet, kan stride mot helselovgivningen og grunnleggende profesjonsetiske krav om å yte helsehjelp ut fra medisinske kriterier. Men et slikt krav kan også undergrave tillitsforholdet mellom pasient og helsepersonell. Dersom pasienten vet at slike opplysninger kan bli avgjørende for om helsehjelp skal gis, kan dette resultere i at personen venter med å oppsøke hjelp.

⁹⁴ Ot prp nr. 12 (1998-1999) s. 125

6.4 «Pasienten først»- prinsipp

Prinsippet om at pasienten skal komme først kan utledes av formuleringen i pasientrettighetsloven § 1- 1 i.f som fastslår at loven skal «ivareta respekten for den enkelte pasients liv, integritet og menneskeverd». Dette innebærer at pasienten er kjernen og utgangspunktet for all helsehjelp som gis, og helsepersonell må alltid sette pasienten først⁹⁵.

Reglene om helsehjelp til personer uten lovlig opphold, gjør det vanskelig for leger og annet helsepersonell og sette pasientens beste i sentrum for sine vurderinger. Helsehjelpen gis ikke bare ut i fra en selvstendig vurdering av om det er nødvendig, også oppholdsgrunnlaget og tidsfaktoren er bestemmende. Dette gjør det vanskelig for helsepersonellet å se pasienten som et selvstendig individ.

⁹⁵ Ot prp nr. 12 (1998-1999) s. 33

7 Rettspolitiske hensyn

7.1 Innvandringspolitiske hensyn

Fra et innvandringspolitisk perspektiv kan det være uheldig at personer uten lovlig opphold gis samme rett til helsehjelp som den øvrige befolkningen. En slik rett kan undergrave utlendingsmyndighetenes vedtak om at vedkommende skal forlate landet, og i tillegg bidra til å utvide og forlenge det ulovlige oppholdet. Ved å tilby et fullverdig helsetilbud til personer som har brutt norsk lov, gjør man det mer attraktivt å bli i landet. Tilbyr man derimot kun det som er helt nødvendig, vil det bli mindre fristende å oppholde seg i landet uten lovlig oppholdsgrunnlag.

Også andre land i Europa har vært av den oppfatning at økende rettigheter for ulovlige migranter vil kunne oppmuntre til å bli i landet. Dette har blant annet blitt påpekt i en rapport fra «European Union Agency for Fundamental Rights» (FRA), som tar for seg situasjonen til personer uten lovlig opphold i ti EU-land. Imidlertid vises det blant annet til en fersk undersøkelse fra Sverige, hvor man fant ut at tilgjengeligheten av helsehjelp verken har innvirkning på hvilket land migrantene velger å dra til eller deres beslutning om å fortsette å bli i landet⁹⁶. Det har også blitt foretatt sammenligninger mellom Norge og Sverige som tilsier at det ikke kommer flere asylsøkere til Norge selv om personer uten lovlig opphold oppnår rettigheter til helsehjelp. «Nasjonal kompetanseenhet for minoritetshelse (NAKMI)» viser til at Sverige lenge før Norge opprettet alternative helsetjenester til personer uten lovlig opphold. Likevel har det de siste årene kommet flere asylsøkere til Norge - før en slik tjeneste eksisterte her⁹⁷.

Etter min mening er det svært uheldig at innvandringspolitiske hensyn skal være et avgjørende hensyn i vurderingen av om helsehjelp skal gis. Slik regelverket er i dag, må de medisinske vurderingene vike for innvandringspolitiske hensyn, det er ikke bare medisinske vurderinger og prioriteringer som ligger til grunn for avgjørelsen. Å skulle avgjøre om en

⁹⁶ FRA (2011) s. 7

⁹⁷ Hjelde (2009) s. 54

person har krav på «øyeblikkelig hjelp» eller «helt nødvendig helsehjelp som ikke kan vente» kan i praksis være en vanskelig skjønnsmessig vurdering for helsepersonellet. Den enkelte behandler blir nødt til å vurdere om det er akutt «nok» til at en person uten lovlig opphold har rett til behandling. Dette er en vurdering som jeg mener at helsepersonell ikke skal måtte ta, da det er i strid med den grunnleggende etikken som ligger til grunn for deres yrkesutøvelse. Leger er etter sine yrkesetiske regler pålagt å verne menneskets helse, og er forpliktet til å behandle alle likt. Dette følger blant annet av de internasjonale deklarasjonene vedtatt av Verdens Legeforening. Det er pasienten som skal være kjernen og utgangspunktet for all helsehjelp som skal gis. For leger og annet helsepersonell vil det nok være en belastning å måtte avvise syke mennesker som trenger behandling fordi de ikke oppfyller vilkårene for helsehjelp. Helsehjelpen bør være styrt av det medisinske behovet.

7.2 Helsepolitisk perspektiv

Sett fra et helsepolitisk perspektiv er det mest rasjonelt og økonomisk å tilby befolkningen langsiktige helse- og omsorgstiltak. At folk har den beste oppnåelige helse, gagnar både det enkelte individ og samfunnet som helhet. Det er mest lønnsomt å bidra forebyggende til folks helse. Personer uten lovlig opphold har imidlertid ikke krav på forebyggende helsehjelp. Først når tilstanden utvikler seg til å bli akutt vil pasienten ha krav på helsehjelp. Denne hjelpen vil utgjøre en potensiell større kostnad for helsevesenet sammenlignet med hva den opprinnelig ville ha kostet.

7.3 Samfunnsøkonomisk perspektiv

Norge har ikke ubegrenset med offentlig ressurser, og det offentlige helsevesenet er nødt til å prioritere hva pengene skal brukes til. Det ville vært dyrt om alle som kom til Norge skulle fått ubegrenset med helsehjelp. Likevel kan man være kritisk til at politiske argumenter også skal være argumenter for ikke å yte helsehjelp til de som har behov for det. Bruk av slike argumenter i en avgjørelse av om en person har rett til helsehjelp, gjør at oppfatningen av hva som er politisk lønnsomt sett fra et samfunnsøkonomisk perspektiv stilles opp mot medisinsk etikk på individnivå.⁹⁸

⁹⁸ Hjelde (2009) s. 54

I delstaten California i USA har personer uten lovlig opphold kostet samfunnet 10,5 milliarder i året. Tallet er basert på en rapport fra «The Federation for American Immigration Reform» (FAIR), og innebærer kostnader i forbindelse med utdanning, helsetjenester og fengsling av de ulovlige innvandrerne⁹⁹. Det er usikkert hvor mange personer uten lovlig opphold som totalt oppholder seg i USA, men FAIR har i 2007 estimert et antall på 13 millioner. Omtrent 2,2 millioner av disse oppholder seg i California, noe som utgjør 31,6 prosent av delstatens befolkning¹⁰⁰.

Det er skattebetalerne i USA som i stor grad må dekke utgiftene forbundet med personer uten lovlig opphold. I California har de økte kostnadene ført til at skattene har økt, mens de offentlige tjenestene har blitt svekket. FAIR anslår i sin rapport at for normale husholdninger, utgjør den skattemessige byrden forbundet med personer uten lovlig opphold 1,183 dollar i året¹⁰¹. Det er vanskelig å si eksakt hvor mye som relaterte seg til helsetjenester. I rapporten henvises det til ulike kilder, og avslutningsvis konkluderes det med at «It appears likely that the out - of - pocket expenditures for medical care for illegal immigrants in California in 2004 amount to nearly \$1,5 billion».¹⁰² Sammenlignet med de andre statene i USA, er dette tallet meget høyt. I Texas ble tallet anslått å være rundt 0,85 milliarder dollar per år, og i Arizona 0,4 milliarder.

At skatteyderne skal dekke kostnadene forbundet med personer uten lovlig opphold, er på mange måter urimelig. Dette kan tilsi at disse personene ikke bør innlemmes full tilgang til helsetjenester. Imidlertid kan dette føre til at personene venter med å oppsøke helsehjelp til situasjonen er blitt akutt. I USA ser man klare tendenser til at de ulovlige innvandrerne tar i bruk nødetatene og akutt- helsetjenester i stedet for å oppsøke forebyggende medisinsk behandling. FAIR viser til at «utilization rate of hospitals and clinics by illegal aliens (29 percent) is more than twice the rate of the overall U.S. population (11 percent) »¹⁰³.

De samfunnsøkonomiske hensynene er på mange måter motstridende. På én side tilsier hensynet til samfunnet og skattebetalerne at fullverdige helsetjenester ikke skal innlemmes overfor personer uten lovlig opphold. De betaler ikke skatt til det norske samfunnet, og det

⁹⁹ FAIR (2004) s. 1

¹⁰⁰ FAIR (2008)

¹⁰¹ FAIR (2004) s. 1

¹⁰² FAIR (2004) s. 11

¹⁰³ FAIR (2009)

kan dermed virke urimelig at de skal nyte godt av vårt velferdssystem. På den annen side kan det å la dem stå delvis utenfor helsesystemet ikke bare få alvorlige konsekvenser for den enkelte, det kan også utgjøre en større kostnad for samfunnet. I en utredning fra den svenske regjeringen kan man sett nærmere på denne problemstillingen. Utredningen konstaterer at tilgangen til helsetjenester ikke er noe man skal fortjene gjennom å betale skatt. Det vises til at for den øvrige befolkningen er det ikke en nødvendig forutsetning at vedkommende betaler skatt – også de som arbeider svart eller personer dømt for skatteunndragelse får tilgang til helsetjenester. Det vises også til at «papperslösa personar» «måste konsumera för att kunna leva. Derigenom betaler de både punktskatter och mervardesskatt». Det er også en forhastet beslutning å tro at disse personene «inte vill göra rätt för seg och betale sina vårdavgifter».¹⁰⁴ Dette er uttalelser som taler for at betaling av skatt ikke skal være et avgjørende hensyn i avgjørelsen av om personer uten lovlig opphold skal tilbys helsehjelp.

¹⁰⁴ SOU 2001:48 s. 319-320

8 Alternative helsetilbud til personer uten lovlig opphold

8.1 Helsesenteret for papirløse migranter

«Helsesenteret for papirløse migranter» ble etablert 1. mars 2009 og er et samarbeidsprosjekt mellom Stiftelsen Kirkens Bymisjon Oslo og Norges Røde Kors/Oslo Røde Kors. Senteret er det eneste tiltaket rettet mot personer uten lovlig opphold. En av hovedmålsettingene er å gi papirløse migranter helsehjelp av frivillige helsearbeidere på helsesenteret, og på sikt ønsker senteret å inkludere og overføre flere papirløse pasienter til det offentlige helseapparatet. I 2010 hadde helsesenteret omtrent 1200 konsultasjoner fordelt på 432 pasienter fra 50 ulike land¹⁰⁵.

(Opplysningene gitt i punkt 8.1.1 – 8.1.3 er hentet fra årsmeldingen til «Helsesenteret for papirløse migranter» 2010/2009).

8.1.1 Det helsefaglige/medisinske tilbudet

Helsesenteret tilbyr omtrent det samme som en fastlege. De gir også informasjon og rådgivning til pasienter om det norske helsevesenet og henviser om nødvendig til andre helsearbeidere/institusjoner. Operasjoner kan ikke utføres på senteret, her vil det kreves henvisning. I 2010 fikk helsesenteret en skriftlig avtale med Diakonhjemmet i Oslo om henvisning og mottak av pasienter. De har også en avtale med et sykehus som har sagt seg villig til å ta i mot gravide kvinner i forbindelse med abort, svangerskapsoppfølging og fødsel, samt et sykehus som donerer medisiner og tar i mot pasienter. Dessuten henviser helsesenteret til frivillige spesialister som tar i mot pasienter vederlagsfritt. Utover dette må helsesenteret henvise pasienter til sykehus og spesialister på vanlig måte.

Medisiner og medisinsk utstyr finansieres gjennom senterets budsjett. En del av utstyret får senteret gratis.

¹⁰⁵ Årsmelding fra «Helsesenteret for papirløse migranter» 2010 s. 3

8.1.2 Pasientgruppen

Den største gruppen blant personer uten lovlig opphold som oppsøker helsesenteret er asylsøkere med endelig avslag på søknaden. Gruppen utgjør omtrent tre fjerdedeler. Også personer som aldri har vært registrert hos norske myndigheter oppsøker senteret. Asylsøkere som fortsatt er i asylsøknadsprosessen eller mennesker fra EU/EØS-land faller utenfor målgruppen, og får kun en konsultasjon med informasjon om hvor de kan henvende seg. Sett i forhold til kjønnsfordelingen i asylsøkerbefolkningen, har senteret en høyere andel av kvinner enn menn.

8.1.3 Pasientenes helseproblemer

Omtrent tre fjerdedeler av konsultasjonene er innen somatikk, mens en fjerdedel gjelder psykisk helse. Det er flest diagnoser som gjelder fordøyelsessystemet, muskel og skjelett, samt psykiske lidelser. De fleste henvisningene går til frivillige spesialister, tannleger og sykehus som senteret har avtaler med. Innenfor de somatiske lidelsene, blir de fleste henvisningene gjennomført, men henvisningene til psykisk helse blir ikke gjennomført. I 2010 henviste helsesenteret omtrent ti pasienter videre til psykisk helsevern, men ingen av disse fikk videre behandling.

8.1.4 utfordringer

Helsesenteret er et viktig og nødvendig supplement til det offentlige helsetilbudet. De har god kjennskap til pasientgruppen og har innrettet seg mot deres behov. Likevel er ikke helsehjelpen tilstrekkelig. Senteret finnes foreløpig bare i Oslo, og vil således bare være tilgjengelig for de som befinner seg i Oslo-området. At senteret drives på frivillig basis av en ideell organisasjon, vil i tillegg gjøre at de møter på hindringer, blant annet der pasienten har behov for videre behandling.

Helsesenteret er avhengig av avtaler med sykehus eller spesialister for å kunne gi behandling. I tilfeller der de faste samarbeidspartene ikke har kapasitet eller mulighet til å ta i mot pasienter fra senteret, må pasienten henvises til det ordinære helsevesenet. Man risikerer da at helsevesenet ikke tar i mot henvisningen, med den begrunnelse at pasienten ikke har rett til helsehjelp. Mange spesialister har kanskje ikke råd til å gi gratis helsehjelp. Dette kan for eksempel være tilfelle for tannleger, hvor det medisinske utstyret er dyrt. I og med at personer

uten lovlig opphold ikke er medlemmer av folketrygden, vil ikke tannlegene eller andre spesialister få refusjon for behandlingen.

Også finansieringen av helsehjelpen er et problem for helsesenteret. Konsultasjonene som gis på helsesenteret dekkes av budsjettet til senteret, det samme gjør medisinene. Imidlertid får mange av pasientene fakturaer på egenandeler og behandlinger fra det ordinære helsevesenet. Personer uten lovlig opphold har heller ikke krav på noe frikort, noe som innebærer at det ikke finnes noe «tak» på hvor mye en pasient kan bruke på medisiner/behandling i løpet av et år. Dette kan være et stort problem for kronisk syke personer som trenger daglige medisiner eller svært dyre medisiner for å holde sykdommen i sjakk. Fordi de ikke er medlemmer i folketrygden må de betale full pris for alle medisiner og eventuelle behandlinger.

I forbindelse med medisiner og resepter dukker det opp en annen praktisk utfordring. For preparater som regnes som vanedannende eller narkotiske krever apoteket at det fremlegges legitimasjon. Dette kan være en praktisk hindring for personer uten lovlig opphold, fordi de kan ha vanskeligheter med å skaffe legitimasjon. Det kan også tenkes at personen ikke tør å vise legitimasjon i frykt for å bli angitt, og heller lar være å hente nødvendige medisiner.

Helsesenteret oppgir også at mange av pasientene er uvitende om sine rettigheter. For eksempel tror mange at manglende betalingsevne er til hinder for øyeblikkelig hjelp. Enkelte er dessuten redde for å oppsøke helsehjelp i frykt for å bli angitt og pågrepet av myndighetene. Helsesenteret har dermed store utfordringer knyttet til å informere og opplyse om hvilke rettigheter personer uten lovlig opphold har til helsehjelp. Det er også helt avgjørende for senteret at brukerne ikke angis til politiet. Hvorvidt det er mulig å oppstille en meldeplikt for de som jobber der, vil bli behandlet i punkt 9.2.

8.2 Behandling «under bordet»

I Sverige har man sett nærmere på tilfeller der leger på sykehus gir behandling «off- duty». For å forsikre seg om at man ikke legger igjen papirspor, blir resepter for nødvendige medisiner skrevet kun på papir og ikke registrert på en PC, og tilfellene dokumenteres kun med håndskrevne notater. Legene samarbeider tett med Røde Kors, som driver et privat finansiert helsetilbud i Stockholm. Den uformelle praksisen vil imidlertid være vanskelig å utøve overfor personer med mer kompliserte, kroniske lidelser. For eksempel kan ikke en

dialysebehandling gjennomføres uten at sykehuset registrerer det, og behandlingen er veldig dyr¹⁰⁶.

Både legevakten i Oslo og sykehusene i Oslo- området oppgir at de jevnlig behandler personer uten lovlig opphold. Der personen ikke har et personnummer, opprettes et såkalt hjelpenummer, som gjør det mulig for eksempel å rekvirere medisiner¹⁰⁷. Hvorvidt det behandles pasienter på norske sykehus uten at det registreres, er det vanskelig å si noe sikkert om. I andre Europeiske land er det klare tendenser til at pasienter behandles «under the table». I Tyskland har en lege oppgitt at dette er vanlig praksis for å unngå alt det byråkratiske papirarbeidet¹⁰⁸. Det samme er tilfelle i Sverige, der har helsepersonell oppgitt at sykehusledelsen vet om og aksepterer at leger behandler personer uten lovlig opphold «under bordet»¹⁰⁹.

Ved å behandle personer «under bordet», noteres hverken personlige data eller sykdomshistorie. Dette kan få konsekvenser for eksempel der pasienten ønsker å klage på helsehjelpen, eller dersom sykdommen utvikler seg videre. Det finnes ingen journal på pasienten som kan dokumentere hva som tidligere har blitt gjort. Da vil det også være vanskeligere for helsepersonell å få til en kontinuitet og kvalitet i behandlingen. Pasienten har heller ikke noe konkret å vise til som kan dokumentere feil i den helsehjelpen som har blitt gitt, og vil i praksis stå uten rettigheter.

I land hvor man er avhengig av helseforsikring for å ha tilgang til offentlige helsetjenester, har man erfart at personer uten lovlig opphold bruker identiteten til venner og slektninger. For å få fulle pasientrettigheter i Norge, kreves det lovlig opphold i riket, i tillegg til at man enten må ha fast opphold, være medlem av folketrygden eller være dekket av en gjensidighetsavtale med en annen stat, jf prioriteringsforskriften § 1 første ledd. Selv om det ikke er dokumentert, kan det tenkes at det også i Norge er tilfeller der personer uten lovlig opphold bruker en annen identitet for å få tilgang til de samme rettighetene som den øvrige befolkningen. Dessuten kan det være personer som oppgir en annen identitet i frykt for å bli angitt til utlendingsmyndighetene eller politiet.

¹⁰⁶ FRA (2011) s. 32

¹⁰⁷ Hanger (2009)

¹⁰⁸ FRA (2011) s. 38

¹⁰⁹ FRA (2011) s. 28

FRA har i sin rapport beskrevet nærmere hvilke faremomenter som oppstår ved å bruke en annen identitet. I sine intervjuer av helsepersonell, pasienter og frivillige organisasjoner har de avdekket hvilke fatale konsekvenser det kan få for pasienten dersom det oppstår komplikasjoner under behandlingen. For eksempel er det en lege fra Tyskland som forteller om et tilfelle der en person uten lovlig opphold led av en sjelden sykdom som forårsaket store smerter. Hun trengte smertestillende, men på grunn av oppholdsstatusen, var hun ikke kvalifisert til å få dette. I stedet fikk hun noe mindre effektivt. Senere kom hun tilbake til sykehuset, men da med en annens forsikringskort for å få tilgang til videre behandling. Fordi helsekortet inneholdt opplysninger om en annen person, oppstod det komplikasjoner under behandlingen¹¹⁰. Det er ikke utenkelig at lignende situasjoner kan oppstå i Norge.

¹¹⁰ FRA (2011) s. 39

9 Adgang til å forby helsehjelp til personer uten lovlig opphold og innføre en generell meldeplikt for helsepersonell?

Fremskrittspartiet fremmet i 2010 et forslag om å forby humanitære organisasjoner å gi helsehjelp til personer uten lovlig opphold. Dessuten vil de lovpålegge en meldeplikt til politiet dersom helsearbeidere kommer i kontakt med personer som er her ulovlig¹¹¹.

9.1 Adgang til å forby helsehjelp?

Et mulig rettsgrunnlag for å forby humanitære organisasjoner å gi helsehjelp til personer uten lovlig opphold utover det de har krav på etter norsk helselovgivning, vil være utlendingsloven § 108 fjerde ledd bokstav a. Bestemmelsen fastsetter at den som hjelper en utlending til ulovlig opphold i riket eller i et annet land som deltar i Schengen-samarbeidet, kan straffes med fengsel inntil tre år.

Vilkåret «hjelper en utlending til ulovlig opphold» er svært vidt. Den som aktivt skjuler eller bistår med dekkhistorier for en utlending vil rammes, men det oppstilles ikke et krav om vinnings hensikt. Dermed vil også dagligdagse handlinger omfattes, som for eksempel å gi utlendingen husrom. Her kan det oppstå tvil om det å gi helsehjelp utover det som faller inn under prioriteringsforskriften vil være straffbart etter denne bestemmelsen¹¹². Imidlertid tilsier ikke en løsning på pasientens helseproblem at også oppholdsproblemet løses. Den medisinske hjelpen kan gis uavhengig av om personen utvises dagen etter behandlingen. Warberg har uttalt at «poenget er ikke å gi pasienten en særlig bistand til å unndra seg utsendelse, men å gi samme type nødvendig helsehjelp som alle andre har krav på etter norsk rett og menneskerettighetene. Her følger man helserettens grunnleggende rettferdighetsprinsipper¹¹³».

I forarbeidene til den nye utlendingsloven, uttalte komiteen følgende: «Komiteens flertall (...) mener at det må på plass en presisering i lovforslagets 108 tredje ledd [nå fjerde ledd], som forbyr forsettlig hjelp til utlending som oppholder seg ulovlig i riket. Denne bestemmelsen

¹¹¹ Ntb (2010)

¹¹² Utlendingsloven. Kommentartutgave (2010) s. 619

¹¹³ Warberg (2011) s. 132

kan ikke tolkes så snevert at den setter forbud mot humanitære handlingsrom som organisasjoner som Røde Kors og Kirkens Bymisjon trenger for å kunne yte assistanse til personer uten lovlig opphold med sosiale og helsemessige behov»¹¹⁴. Videre uttalte komiteen at «det må klargjøres hvor grensen skal gå mellom lovlig humanitær bistand til utlendinger med ulovlig opphold, og hva som kan rammes som straffbar medvirkning»¹¹⁵.

For å fjerne tvil rundt dette ble det vedtatt et nytt femte ledd i utlendingsloven § 108. Formålet med det nye leddet er at organisasjoner som åpent tilbyr humanitær bistand til utlendinger uten lovlig opphold, ikke skal omfattes av straffebestemmelsen. Det skal kun ilegges straff der «vedkommende har hatt til hensikt å hjelpe utlendingen til å unndra seg plikten til å forlate riket». I tillegg kreves det at «hjelpen har vanskeliggjort myndighetenes mulighet til å få til en utsendelse». Vilåårene er strenge, noe som innebærer at de fleste former for humanitær bistand ikke kan straffes.

Det kan også være aktuelt å trekke fram Schengenkonvensjonen artikkel 27. punkt 1, som inneholdt en bestemmelse om konvensjonspartenes forpliktelse til å innføre egnede sanksjoner rettet mot å hjelpe en utlending til ulovlig innreise i eller opphold på en konvensjonspart territorium. Bestemmelsen er i dag erstattet av Rådsdirektiv 2002/90/EF av 28. november 2002 om definisjon av hjelp til innreise, transitt og opphold, og Rådets rammebeslutning 2002/946/RIA om styrking av strafferammen for å hindre hjelp til ulovlig innreise, transitt og opphold. Direktivet og rammebeslutningen retter seg i hovedsak mot bakmennene, og av forarbeidene til utlendingsloven fremgår det at formålet er «å bekjempe hjelp til ulovlig innvandring, både i forbindelse med ulovlig grensepassering og når hjelpen har som mål å opprettholde nettverk som utnytter mennesker».¹¹⁶

Direktivet pålegger statene å innføre straffebestemmelser som rammer den som hjelper en tredjelandsborger til ulovlig opphold i en medlemsstat, dersom handlingen er foretatt med forsett og vinnings hensikt, jf artikkel 1 nr. 1 bokstav b. Også personer som tilskynder til, eller på annen måte medvirker til, eller forsøker å begå handlinger som nevnt i artikkel 1 nr.1 omfattes av direktivet, jf artikkel 2. I forarbeidene til utlendingsloven påpekes det at bestemmelsene i direktivet opprinnelig ble utformet med sikte på saker om

¹¹⁴ Innst. O. nr. 42 (2007-2008) s. 29

¹¹⁵ Innst. O. nr. 42 (2007-2008) s. 29

¹¹⁶ Ot.prp. nr. 75 (2006-2007) s. 389

menneskesmugling, men at den også kan anvendes ved proformaekteskap¹¹⁷. Formålet med direktivet og uttalelsene i forarbeidene, kan tilsi at utlendingsloven § 108 ikke tar sikte på å ramme nødvendig helsehjelp.

Grunnloven § 96 oppstiller et krav om at ingen kan dømmes uten etter lov. Dette innebærer at det kreves en eksplisitt og klar lovhjemmel. Warberg hevder at utlendingsloven § 108 fjerde ledd bokstav a ville vært en altfor svak og utydelig lovhjemmel for å straffe en helsearbeider som yter nødvendig helsehjelp. Med henvisning til Grunnloven § 96 påpeker han at dersom lovgiver hadde ønsket å gi hjemmel for å straffe en helsearbeider som yter helsehjelp, måtte dette ha vært formulert tydeligere¹¹⁸. Jeg er enig med Warberg i dette, og mener at slik utlendingsloven § 108 er utformet i dag, vil den neppe være en tilstrekkelig hjemmel til å forby ideelle organisasjoner å gi helsehjelp til personer uten lovlig opphold.

9.2 Adgang til å innføre meldeplikt for helsepersonell?

Helsepersonell er pålagt taushetsplikt etter helsepersonelloven § 21. Dette innebærer at de «aktivt skal hindre at andre får kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell». Både hensynet til pasientens personvern og integritet, samt behovet for tillit mellom pasient og helsepersonell, tilsier taushetsplikt. Dessuten hindrer taushetsplikten at pasienten unnlater å oppsøke helsetjenesten ved behov for helsehjelp¹¹⁹. Taushetsplikten innebærer ikke bare en plikt til å tie, men innebærer også en plikt til å hindre at uvedkommende får tilgang til den taushetsbelagte informasjonen.

En meldeplikt kan stride mot de grunnleggende etiske prinsippene som ligger til grunn for taushetsplikten. Undertiden kan likevel den enkeltes behov for konfidensialitet komme i konflikt med andre interesser. Det er derfor innført en rekke bestemmelser om melde- og opplysningsplikt i helsepersonelloven. I forarbeidene til loven er opplysningsplikt definert til å være et «samlebegrep på opplysninger som gis av eget tiltak og opplysninger som gis etter anmodning fra organer/personer». Meldeplikt betegnes som å være «angivelse av opplysninger av eget tiltak»¹²⁰.

¹¹⁷ Warberg (2011) s. 133

¹¹⁸ Warberg (2011) s. 133

¹¹⁹ Ot. prp. nr. 13 (1998-1999) s. 101

¹²⁰ Ot. prp. nr. 13 (1998-1999) s. 101

Hvilke begrensninger som ligger i taushetsplikten er nærmere angitt i helsepersonelloven § 23. Aktuelt i denne sammenheng vil være første ledd punkt 4 som gjelder der «tungtveiende eller offentlige interesser gjør det rettmessig å gi opplysningene videre» og første ledd punkt 6 som gjelder opplysninger som «gis videre etter regler fastsatt i lov eller i medhold av lov når det er uttrykkelig fastsatt eller klart forutsatt at taushetsplikt ikke skal gjelde».

Helsepersonelloven § 23 punkt 4 gir helsepersonell en opplysningsrett, men ingen plikt. For å avgjøre om det foreligger en slik rett må helsepersonellet foreta en konkret interesseavveining. Det kreves her at hensynene som taler for å meddele ellers taushetsbelagte opplysninger veier vesentlig tyngre enn hensynet som taler for å bevare tausheten. Nødrett er omfattet av unntaket, det samme er situasjoner der videreformidling av informasjon er egnet til å motvirke skader av betydelig omfang. Dette kan for eksempel være i situasjoner der pasienten er til fare for seg selv eller sine omgivelser. Det understrekes imidlertid i forarbeidene at ikke ethvert brudd på straffelovgivningen tilsier brudd på taushetsplikten¹²¹. At en person oppholder seg ulovlig i landet, er i utgangspunktet ikke en situasjon som tilsier bruk av nødrett, og pasienten eller omgivelsene er heller ikke utsatt for skader av betydelig omfang. Helsepersonelloven § 23 punkt 4 vil dermed neppe være tilstrekkelig hjemmel for å gjøre unntak fra taushetsplikten i forbindelse med helsehjelp til personer uten lovlig opphold.

Jeg kan heller ikke se at § 23 første ledd punkt 6 kan brukes til å fastsette en meldeplikt for helsepersonell. Bestemmelsen sier uttrykkelig at unntak fra taushetsplikten krever lovsform eller må være fastsatt i medhold av lov. Helsepersonelloven kapittel 6 og 7 inneholder en rekke bestemmelser som utgjør innskrenkninger i taushetsplikten. Jeg kan imidlertid ikke se at noen av disse bestemmelsene hjemler en adgang til å innføre en generell meldeplikt. Det kan likevel være andre situasjoner som tilsier meldeplikt til sentrale helsemyndigheter, for eksempel i forbindelse med fødsel (jf § 35), død (jf § 36) eller ved betydelig personskaade (jf §38).

Reglene om opplysningsplikt i kapittel 6 kommer også til anvendelse overfor personer uten lovlig opphold. For eksempel plikter den som gir helsehjelp å gi «opplysninger til barneverntjenesten når det er grunn til å tro at et barn blir mishandlet i hjemmet», jf § 33

¹²¹ Ot prp nr. 13 (1998- 1999) s. 228

annet ledd. Det inntreer også en plikt til å varsle nødetater der dette er «nødvendig for å avverge alvorlig skade på person eller eiendom», jf § 31. For at det skal inntre en opplysningsplikt etter denne bestemmelsen, stilles det imidlertid et krav om at skaden ikke er avverget. Dette innebærer at bestemmelsen ikke kan brukes der samarbeidet mellom etater har en annen begrunnelse enn å avverge skader.

En meldeplikt for helsepersonell kan føre til at personer uten lovlig opphold venter med å oppsøke helsehjelp til det har oppstått en nødssituasjon. Dette kan få store helsemessige konsekvenser for den enkelte, i tillegg til at det sannsynligvis vil være nødvendig med et mer kostbart inngrep. De samme synspunktene er lagt til grunn i rapporten fra FRA, hvor medlemsstatene i EU anbefales å skille helsetjenestene fra innvandringsregulerende politikk. FRA tar avstand fra å innføre en meldeplikt for helsepersonell eller helsemyndighetene¹²².

Profesjonsorganisasjonenes yrkesetiske regler vil også utgjøre en hindring for å innføre meldeplikt. For leger gjelder en plikt til å «bevare taushet og vise diskresjon overfor det hun/han får vite som lege. Den etiske plikt til taushet og diskresjon kan være mer omfattende enn den lovgitte.» Det understrekes også at «samarbeidet med pasienten bør baseres gjensidig tillitt»¹²³. De yrkesetiske reglene understreker det faktum at det ikke er helsepersonellens oppgave å samarbeide med utlendingsmyndighetene.

Selv om det i dag ikke eksisterer noen generell meldeplikt for helsepersonell, unnlater mange likevel å oppsøke helsehjelp i frykt for å bli angitt til politiet. Denne frykten er også grunnen til at mange oppgir uriktig informasjon eller opptre med en annen identitet. Situasjonen vil neppe bli bedre dersom det oppstilles en meldeplikt for helsepersonellet. En meldeplikt vil kunne utgjøre en så stor barriere for personer uten lovlig opphold at helsehjelpen i praksis ikke vil være tilgjengelig. Det kan også resultere i at personer, i ren desperasjon, prøver å løse helseproblemet på egenhånd, for eksempel ved å ty til illegale abortinngrep. Myndighetene bør heller sette inn ressurser på å gi ut informasjon om taushetsplikten og hvilke type informasjon helsepersonell kan gi videre til myndighetene. Dette er også i tråd med menneskerettighetene, hvor retten til informasjon regnes som en viktig del av retten til helse (se punkt 3.2.1.3).

¹²² FRA (2011) s. 10

¹²³ Etske regler for leger, vedtatt av Den Norske Legeforening, artikkel 2 og 4.

10 Avsluttende betraktninger

Selv om menneskerettskonvensjonene i utgangspunktet gjelder enhver, er det etter folkeretten tillatt og akseptert at statene i enkelte tilfeller kan bruke vedkommendes oppholdsstatus som grunnlag for forskjellsbehandling. Likevel tror jeg at Norge neppe overholder sin plikt til å gjennomføre kravet om tilgang til helsetjenester for personer uten lovlig opphold. Det er blant annet store utfordringer knyttet til finansieringen og tilgangen til informasjon om helsetjenestene. Dette ble også påpekt av FNs spesialrapportør Paul Hunt, som i 2006 så nærmere på hvordan Sverige hadde oppfylt sine menneskerettslige forpliktelser knyttet til retten til helse. Personer som oppholder seg ulovlig i Sverige, har kun tilgang til akutt helsehjelp, og må selv betale for dette. Paul Hunt påpekte i sin rapport at «a fundamental human right, the right to the highest attainable standard of health is to be enjoyed by all without discrimination. It is especially important for vulnerable individuals and groups. (...) Undocumented people are among the most vulnerable in Sweden. They are precisely the sort of disadvantaged group that international human rights law is designed to protect».¹²⁴

For at den svenske lovgivningen skal samsvare med Sveriges menneskerettslige forpliktelser, foreslår Paul Hunt at regjeringen tilbyr «all asylum- seekers and undocumented persons the same health care, on the same basis, as Swedish residents»¹²⁵ I en utredning fra den svenske regjeringen foreslås det nå at helsehjelp til personer uten lovlig opphold skal tilbys «i samma oppfattning och på samma villkor som den erbjuds bosatta personer.»¹²⁶ Lovendringene er foreslått å tre i kraft 1. januar 2013¹²⁷. Norge har tilnærmet lik praksis som Sverige, og jeg mener derfor at myndighetene bør forholde seg til de internasjonale faglige anbefalingene.

Den største gruppen blant personer uten lovlig opphold er de som har fått endelig avslag på søknad om asyl, men som ikke forlater landet. Disse utgjør cirka to tredjedeler av det totale

¹²⁴ A/HRC/4/28/Add.2 av 28. februar 2007 s. 20

¹²⁵ A/HRC/4/28/Add.2 av 28. februar 2007 s. 20

¹²⁶ SOU 2011:48 s. 23

¹²⁷ SOU 2011:48 s. 29

antallet¹²⁸. I en rapport fra Utlendingsdirektoratet fra 2003 konstateres det at «situasjonen med de såkalte ureturnerbare asylsøkerne representerer et stort problem, både for dem selv og for myndighetene». For å kunne gjennomføre tvungen retur, kreves det at identiteten til vedkommende klarlegges og at myndighetene i hjemlandet aksepterer å motta vedkommende. Imidlertid er det mange av innvandrerne som holder tilbake sin identitet overfor utlendingsmyndighetene, noe som myndighetene har brukt til å begrunne og til dels forsvare den vanskelige livssituasjonen. Arbeidsgruppen fra UD understreker at man av «humanitære og menneskerettslige hensyn må avveie disse allmennpreventive hensyn mot hensynet til det enkelte menneskes faktiske livssituasjon, når denne situasjonen har bestått i en årrekke.»¹²⁹ Etter en tid vil tidsmomentet i seg selv reise spørsmål om myndighetenes forhold til menneskerettighetene. Senter for menneskerettigheter har reist spørsmål ved om myndighetene bør vurdere å tilkjenne lengeværende personer en form for lovlig juridisk status. De fremmer et forslag om å benytte bestemmelsen i utlendingsloven § 38 som åpner for oppholdstillatelse på grunn av «sterke menneskelige hensyn» eller «særlig tilknytning til riket»¹³⁰.

Slik situasjonen er i dag, utgjør mange av personene som oppholder seg ulovlig i landet en form for underklasse. De regnes for å være lavest på rangstigen og lever på mange måter på siden av samfunnet. Utenom støtte til nødhjelpsformål, har de ikke krav på økonomiske stønader etter sosialtjenesteloven. Mange blir dermed tvunget til å påta seg svart arbeid, selv om mange av dem ønsker å betale skatt. Uten arbeidstillatelse er det enklere å bli utnyttet på arbeidsmarkedet med underbetaling, manglende arbeidsrettigheter og ingen arbeidskontrakt. Dessuten kan det også tenkes at flere tyr til kriminelle handlinger for å skaffe til veie penger og eiendeler. Dette er bare noen av flere mulige uheldige virkninger som kan oppstå der en økende gruppe mennesker permanent lever utenfor storsamfunnet og den tryggheten og forutsigbarheten som dette innebærer.

Til slutt ønsker jeg å henvise til en uttalelse fra Manuela Ramin-Osmundsen og Fanny Duckert, inntatt i en kronikk i Klassekampen: «Kun endringer i prioriteringsforskriften som innebærer en utvetydig rett til helsetjenester også for udokumenterte migranter til Norge vil bidra til mindre vilkårlighet og en humanisering av udokumenterte migranternes helsevilkår. Det

¹²⁸ Zhang (2008) s. 3

¹²⁹ Utlendingsdirektoratet (2003) s. 21

¹³⁰ Årbok om menneskerettigheter i Norge (2010) s. 48

vil i tillegg bidra til at helsepersonell uavkortet kan følge sin yrkesetikk og konfronteres med færre etiske dilemmaer og at Norge oppfyller sine internasjonale forpliktelser når det gjelder rett til helsetjenester for alle»¹³¹. Mange vil trolig mene at man strekker seg for langt dersom personer uten lovlig opphold innlemmes en fullverdig rett til helsetjenester på lik linje med den øvrige befolkningen, men kanskje er dette den eneste riktige løsningen? I alle tilfelle mener jeg at regjeringen må gå lenger i å rettighetsfeste omfanget av helsetjenester til personer uten lovlig opphold.

¹³¹ Ramin-Osmundsen (2011)

Litteraturliste

Aarø, Ann Helen og Heidi Wyller. *Mat tak over hodet og helsetjenester. Statens forpliktelser overfor personer uten lovlig opphold*. Oslo, 2005.

Andenæs, Kristian og Charlotte Bayegan. *Helsehjelp til personer uten lovlig opphold*. 2009.
<http://www.juristkontakt.no/Debatt/Helsehjelp-for-personer-uten-lovlig-opphold> [sitert 31.10.2011]

Befring, Anne Kjersti og Bente Ohnstad. *Helsepersonelloven med kommentarer*. Bergen, 2010

Eide, Asbjørn. *Economic, social and cultural rights : a textbook / edited by Asbjørn Eide, Catarina Krause and Allan Rosas*. 2001.

Eide, Asbjørn. *Retten til helse som menneskerettighet* I: Nordic Journal of Human Rights, nr. 4/2006 (nettdokument), s. 274-290 [Sitert 28.9.2011]

Ekeberg, Emilie. *Vil fange opp traumatiserte*. I Klassekampen 1. 11.2011.
<http://www.klassekampen.no/59469/article/item/null/vil-fange-opp-traumatiserte> [sitert 3.11.2011]

European Pact for Mental Health and Well- being. *Brussel, 2008*.
http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_en.pdf [sitert 2. 11. 2011]

FAIR. *The costs of illegal immigration to California*. 2004.
http://www.fairus.org/site/DocServer/ca_costs.pdf?docID=141 [sitter 8.11.2011]

FAIR. *How many illegal immigrants? Illegal Immigrant Problems & Statistics*. 2008.
http://usgovinfo.about.com/gi/o.htm?zi=1/XJ&zTi=1&sdn=usgovinfo&cdn=newsissues&tm=68&gps=210_11_1024_643&f=00&tt=2&bt=0&bts=0&zu=http%3A//www.fairus.org/ [sitert 8.11. 2011]

FAIR. *Illegal immigration and public health*. 2009.

http://www.fairus.org/site/News2?page=NewsArticle&id=16742&security=1601&news_iv_ctrl=1007#end [sitter 8.11.2011]

FRA (European Union Agency for Fundamental Rights). *Migrants in an irregular situation: access to healthcare in 10 European Union Member States*. 2011.

Hanger, Mari Rian. *Klar til å hjelpe de papirløse*. I: dagens medisin. 16.04.2009.

<http://www.dagensmedisin.no/nyheter/klar-til-a-hjelpe-de-papirlose/> [sitert 26.10.2011]

Hjelde, Karin Harsløf. *Jeg er alltid bekymret. Om udokumenterte migranter og deres forhold til helsetjenestene i Oslo*. 2009.

http://www.nakmi.no/opplastede_filer/Nr%201_2010%20Hjelde.pdf [sitert 19.10.2011]

Hove, Harald. *Kommentar til Barnevernloven: Norsk lovkommentar* (online), note 5. [sitert 28.09.2011]

Høstmølingen, Njål. *Internasjonale menneskerettigheter*. Oslo, 2003.

Kjønstad, Asbjørn. *Rett til helsetjenester*. I: Jussens venner Nr 03-04/2004 (nettdokument), s. 217-272. [Sitert 23.9.2011]

Kjønstad, Asbjørn. *Helserett: pasienters og helsearbeideres rettsstilling*. Oslo, 2007.

Menneskerettigheter. En innføring. Redigert av Knut V. Bergem, Gunnar M. Karlsen og Beate Slydal. Oslo, 1999.

Molven, Olav. *Helse og jus: En innføring for helsepersonell*. Oslo, 2006.

Ntb. *Frp vil forby legehjelp til ulovlige innvandrere*. I: Aftenposten 7.02.2010.

<http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/article3505572.ece> [sitert 17.10.2011]

Ohnstad, Bente. *Juss for helse- og sosialarbeidere. En innføring i lovgivning, juridisk tenkning og metode*. Bergen, 2004.

Olsen, Leif Oscar. Kommentar til kommunehelsetjenesteloven: Norsk lovkommentar (online), note 60. [sitert 28.9.2011]

Ottesen, Solveig Holmedal. *Papirløse migranter*. Oslo, 2008.
<http://www.bymisjon.no/PageFiles/5736/Papirlose%20migranter%20rapport.pdf> [sitert 25.11.2011]

PICUM (Platform for International Cooperation on Undocumented Migrants). *PICUM's Main Concerns about the Fundamental Rights of Undocumented Migrants in Europe*. 2010.
<http://picum.org/picum.org/uploads/publication/Annual%20Concerns%202010%20EN.pdf>
[sitert 28.10.2011]

Ramin- Osmundsen, Manuela og Fanny Duckert. *Helsehjelp til udokumenterte migranter i Norge – har vi glemt menneskerettighetene?* I: Klassekampen 05.04.2011.
http://www.helsedirektoratet.no/fagnytt/kronikker/helsehjelp_til_udokumenterte_migranter_i_norge_har_vi_glemt_menneskerettighetene_801094 [sitert 10.11.2011]

Syse, Aslak [a]. *Pasientrettighetsloven med kommentarer*. Oslo, 2004.

Syse, Aslak. [b] *Ulovlig i Norge- og uten menneskerettigheter?* I Lov og rett nr. 10 2004 (nettdokument). [sitert 23.08.2011]

Syse, Aslak og Marianne Jenum Hotvedt. *Om diskrimineringsvern i et menneskerettsperspektiv med fokus på diskrimineringsgrunnlaget nedsatt funksjonsevne*. I: Nordig Journal of Human Rights, nr. 2/2007 (nettdokument), s. 119-139. [sitert 09.10.2011]

Utlendingsloven. Kommentarutgave. Redigert av Vigdis Vevstad og Grete Brochmann. Oslo, 2010.

Warberg, Lasse. *Norsk helserett*. Oslo, 2011.

Zhang, Li- Chun. *Developing methods for determining the number of unauthorized foreigners in Norway*. Statistisk sentralbyrå, 2008.

http://www.ssb.no/english/subjects/00/90/doc_200811_en/doc_200811_en.pdf [sitert 25.08.2011]

Årbok om menneskerettigheter i Norge 2010. Universitetet i Oslo.

Offentlige rapporter

Utlendingsdirektoratet. *Lengeværende i mottak. Rapport fra arbeidsgruppe i Utlendingsdirektoratet*, 10. april 2003.

Helsedirektoratet. *Migrasjon og helse- utfordringer og utviklingstrekk*, 10.juni 2009.

Folkehelseinstituttet. *Psykisk helse i Norge. Tilstandsrapport med internasjonale sammenligninger*. Oslo, 2011. <http://www.fhi.no/dokumenter/960011f100.pdf> [sitert 2. 11.2011]

Norske lover

1814 Kongeriket Norges Grundlov (Grunnloven) av 17.mai 1814.

1975 Lov om svangerskapsavbrudd (abortloven) av 8. april 1981 nr.50

1981 Lov om barn og foreldre (barnelova) av 8. april 1981 nr.7

1982 Lov om helsetjenestene i kommunene (kommunehelsetjenesteloven) av 19. november 1982 nr. 66

1988 Lov om utlendingers adgang til riket og deres opphold her (utlendingsloven) av 24.juni 1988 nr. 64

1991 Lov om sosiale tjenester m.v (sosialtjenesteloven) av 13. desember 1991 nr.81

1992 Lov om barneverntjenesten (barnevernloven) av 17. juli 1992 nr. 100

1994 Lov om vern mot smittsomme sykdommer (smittevernloven) av 5. august 1994 nr. 55

1997 Lov om folketrygd (folketrygdloven) av 28. februar 1997 nr. 19.

1999 Lov om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett (menneskerettsloven) av 21. mai 1999 nr. 30

1999 Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven) av 2. juli 1999 nr. 61

1999 Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (psykisk helsevernloven) av 2. juli 1999 nr. 62

1999 Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) av 2. juli 1999 nr. 63

1999 Lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) av 2. juli 1999 nr. 64

Forarbeider

NOU 2011:7 Velferd og migrasjon. Den norske modellens framtid.

Ot. prp. nr 44 (1991-1992) Om lov om barneverntjenester.

Ot. prp. nr 13 (1994-1995) 1. om mellombels lov om arbeidsløyve eller oppholdsløyve til personar frå Bosnia-Hercegovina 2. om lov om endringar i lov 24. juni 1988 nr. 64 om utlendingers adgang til riket og deres opphold her (utlendingsloven) m.v

Innst. S. nr 165 (1994-1995) Innstilling fra sosialkomiteen om samarbeid og styring - mål og virkemidler for en bedre helsetjeneste.

Ot.prp.nr.10 (1998-1999) Om lov om spesialisthelsetjenesten m.m.

Ot.prp.nr.12 (1998-1999) Lov om pasientrettigheter.

Ot.prp.nr.13 (1998-1999) Om lov om helsepersonell m v.

Ot.prp. nr. 75 (2006-2007) Om lov om utlendingers adgang til riket og deres opphold her (utlendingsloven).

Innst. O nr. 7 (1982-1983) Innstilling fra sosialkomiteen om 1. Lov om helsetjenesten i kommunene, 2. lov om endringer i lov av 5. juni 1964 nr 2. om sosial omsorg, 3. Lov om planlegging av og forsøksvirksomhet i sosialtjenesten og helsetjenesten i kommunene (Helsetjenesten og sosialtjenesten i kommunene).

Innst. O. nr. 42 (2007-2008) Innstilling fra kommunal- og forvaltningskomiteen om lov om utlendingers adgang til riket og deres opphold her (utlendingsloven).

Svenske forarbeider

SOU 2011:48. Vård efter behov och på lika villkor - en mänsklig rättighet

Forskrifter

Forskrift om utlendingers adgang til riket og deres opphold her (utlendingsforskriften) av 21. desember 1990 nr.1028

Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og klagenemnd av 1. desember 2000 nr. 1208

Rundskriv

Rundskriv fra Arbeids- og inkluderingsdepartementet, nr.: A-46/2009

Rundskriv fra Helse- og omsorgsdepartementet, nr. I-2/2008

Rundskriv fra Helse- og omsorgsdepartementet, nr. I-5/2011

Traktater

Verdenserklæringen om menneskerettighetene av 10. desember 1948.

Konvensjonen om menneskerettigheter (EMK) av 4. november 1950

Konvensjonen om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK) av 16. desember 1966

Konvensjonen om sivile og politiske rettigheter (SP) av 16. desember 1966

Konvensjon om å avskaffe alle former for diskriminering mot kvinner (Kvinnekonvensjonen) av 18. desember 1979

Konvensjonen om barns rettigheter (Barnekonvensjonen) av 20. november 1989

Den europeiske sosialpakt (ESP) av 3. mai 1996

Konvensjon om personer med nedsatt funksjonsevne (CRPD – konvensjonen) av 13. desember 2006.

Internasjonale dommer

D. v. United Kingdom: The European Court of Human Rights, sak nr 146/1996/767/964 av 2. mai 1997.

B.B v. France: European Commission for Human Rights, sak nr. 30930/96 av 7. september 1998.

Anna Pancenko v. Latvia: The European Court of Human Rights, sak nr. 40772/98 av 28. oktober 1999.

FIDH v. France: European Committee of Social Rights Sak nr. 13/2003 av 7. september 2004

Internasjonale anbefalinger

UN Doc. E/CN.4/2006/48 av 3. Mars 2006. Report of the Special Rapporteur on Right to Health to the Commission on Human Right.

A/HRC/4/28/Add.2 av 28. februar 2007. Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Paul Hunt.

Generelle kommentarer

CESCR General Comment No 14. The right to the highest attainable standard of health.

CRC General comment No. 4. Adolescent health and development in the context of the Convention on the Rights of the Child

CEDAW General Comment No. 24. Article 12 of the Convention (Women and Health)

Direktiver

2002/90/EF Rådskdirektiv om definisjon av hjelp til innreise, transitt og opphold, 28. november 2002

2002/946/RIA Rådets rammebeslutning om styrking av strafferammen for å hindre hjelp til ulovlig innreise, transitt og opphold, 28. November 2002.

2011/36/EU Directive of the European Parliament and of the Council of on preventing and combating trafficking in human beings and protecting its victims, 5. April 2011.

Høringsutkast

Helse- og omsorgsdepartementet, 25. november 2010: Endring av prioriteringsforskriften - Helsehjelp til personer som oppholder seg ulovlig i landet.

Høringsuttalelser

Den Norske Legeforening, 17. februar 2011: Høring - endring av prioriteringsforskriften - Helsehjelp til personer som oppholder seg ulovlig i landet

Profesjonsetiske regler

Etiske regler for leger. Vedtatt av landstyret den Norske Legeforening, 1961.

Tilgjengelig på <http://www.legeforeningen.no/id/485.1>

International Code of Medical Ethics. Vedtatt av World Medical Association, 1949

Tilgjengelig på <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/c8/>

Årsmeldinger

Årsmelding 2010 fra «Helsesenteret for papirløse migranter». Tilgjengelig på

<http://www.bymisjon.no/PageFiles/15350/%c3%85rsmelding%202010%20Helsesenteret%20for%20papirl%c3%b8se%20migranter.pdf>

Årsmelding 2009 fra «Helsesenteret for papirløse migranter». Tilgjengelig på

http://www.bymisjon.no/PageFiles/15350/%c3%85rsmelding_HPM09.pdf